

Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис

Психология и психотерапия семьи

4-е издание



ПИТЕР

Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис

ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЬИ

4-е издание,
переработанное и дополненное



Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск
2008

ББК 88.56
УДК 159.922.1

Э30

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В.

Э30 Психология и психотерапия семьи. 4-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 672 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

ISBN 978-5-91180-838-9

Четвертое издание монографии (предыдущие вышли в 1990, 1999, 2001 гг.) переработано и дополнено. В книге освещены основные психологические механизмы функционирования семьи — действие вертикальных и горизонтальных стрессоров, динамика семьи, структура семейных ролей, коммуникации в семье. Приведен обзор основных направлений и школ семейной психотерапии — психоаналитической, системной, конструктивной и других. Впервые авторами изложена оригинальная концепция «патологизирующего семейного наследования». Особый интерес представляют психологические методы исследования семьи, многие из которых разработаны авторами.

Издание предназначено для психологов, психотерапевтов и представителей смежных специальностей.

ББК 88.56
УДК159.922.1

ISBN 978-5-91180-838-9

Оглавление

От авторов

У каждого семейного психотерапевта была первая семья, с которой он работал, — та, которая, собственно, и помогла сделать «великое открытие» — понять, что у пациентов, оказывается, есть семьи. Один из нас сделал такое открытие в 1970 г. Подросток с шизофренией и его мать вместе явились на сеанс психотерапии. Мать — энергичная властная женщина — сама заняла свободный стул напротив психотерапевта, сев рядом с сыном, и принялась руководить его поведением. Стало понятно, что они составляют вместе единое целое. Но знания и опыт Э. Г. Эйдемиллера ничего об этом не говорили. Куда полезнее оказался здравый смысл и искреннее стремление просто понять, что происходило в этой семье, вместо того чтобы приклеивать ей психиатрический ярлык. Об этом первом своем «семейном сеансе» Э. Г. Эйдемиллер рассказал на конференции молодых ученых. К удивлению, его рассказ слушали с интересом, а комиссия присудила за него премию. Однако в действительности от работы с первой семьей осталось больше вопросов, чем ответов. Какая-то часть ответов была получена в работе со второй семьей, но зато появились и новые вопросы. Так началось для нас то, что продолжается уже почти 30 лет, — семейная психотерапия.

Многие специалисты — психологи и психиатры, и в первую очередь детские, специфика работы которых и заключается в необходимости вступать в контакт с родителями психически больных детей, выслушивать их жалобы — накапливали собственный опыт в семейной психотерапии. Зачастую сообщения родителей бывают единственным источником информации о том, как рос, развивался и как заболел ребенок, кроме того, родители этих детей нуждаются в утешении и поддержке, и все эти задачи приходится решать в комплексе.

Индивидуальный стиль каждого психотерапевта — В. И. Гарбузова, А. И. Захарова, А. А. Щеголева, Э. П. Кузнецовой, Е. А. Шаповал, А. С. Спиваковской и других — предопределял своеобразие работы с семьями. У нас была возможность встречаться с ними в формальных и неформальных условиях и обмениваться опытом.

Литературы о семейной психотерапии на русском языке практически не было, за исключением наших собственных статей. Знакомство с зарубежным опытом происходило в ходе личных встреч с такими выдающимися психотерапевтами, как В. Сатир, К. Витакер, С. Кратохвил, С. Ледер, О. Бах, супруги Кноблох и Шнайдер, Б. Фурман, Киршти Хааланд, А. Куклин и Д. Г. Барнс. Прочтение монографии С. Минухина «Семьи и семейная терапия», вышедшей в 1974 г., открыло для нас новый мир структурной психотерапии.

Первую нашу теоретическую статью, посвященную семейной психотерапии, нам удалось опубликовать лишь в 1989 г. в журнале «Семейная психиатрия» под редакцией Д. Хайуэлса в Великобритании. Мы испытывали большие трудности с концептуализацией собственного психотерапевтического опыта. Кроме того, чтобы издать монографию по медицине, необходимо было либо принадлежать к ограниченному кругу лиц, для которых были открыты двери издательств, либо искать себе могущественного соавтора, либо иметь сильные, но далекие от науки аргументы в пользу ее опубликования.

Только сильная дружеская поддержка Б. Д. Карвасарского позволила нам работать начиная с 1985 г. над монографией «Семейная психотерапия», которая была опубликована в 1990 г. в Ленинградском отделении издательства «Медицина».

Немало сделали для ее появления и рецензенты — профессор А. Е. Личко и профессор В. К. Смирнов, которые своими доброжелательными критическими замечаниями способствовали ее улучшению. Было два замечания — слишком большое количество ссылок на постановления съездов ЦК КПСС и то, что собственный опыт и теоретизирование превалировали над опытом и теориями западных специалистов. Необходимость в ссылках со временем отпала сама по себе, а что касается второго замечания, то на этот раз мы представили более широкую панораму западной семейной психотерапии, оставив за собой право поделиться с читателями нашими собственными мыслями и психотерапевтическим опытом.

Эта книга была написана в результате нашей дружбы и совместной творческой работы, которая началась в 1974 г., когда В. Юстицкис приехал на стажировку в Психоневрологический институт им В. М. Бехтерева. Это было время упоенных, жестких, а порой и жестоких дискуссий о необходимости появления среди врачей медицинских психологов, о месте и роли психологических тестов в клиническом исследовании психически больных, о возможностях и эффективности психотерапии, особенно групповой, при неврозах, алкоголизме, шизофрении и психосоматических заболеваниях.

Многие психиатры еще в студенческие годы слышали от своих уважаемых учителей, что самая большая ошибка, которую может допустить психиатр, заключается в том, что вместо «объективного» психопатологического анализа им может быть допущен «субъективный» психологический анализ болезни пациента. Тех психиатров, которые занимались психологией и психотерапией, ортодоксальные психиатры считали фрондерами и едва ли не предателями. В какой-то мере взаимное недоверие сохраняется и по сей день.

Мы хотим назвать имена тех, с кем вместе в конце 60-х — начале 70-х гг. создавали семейную психотерапию в СССР, — Валентины Карловны Мягер, Александра Ивановича Захарова. В 1969 г. В. К. Мягер опубликовала первую в СССР статью о семейной психотерапии.

В память об этом Э. Г. Эйдемиллер и А. З. Шапиро организовали в 1999 г. Международную конференцию, которая называлась так же, как данная монография.

В 1978 г. вышел под редакцией В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого сборник трудов Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева «Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях» — первый в СССР сборник, посвященный теоретическим и практическим аспектам семейной психотерапии. В нем были представлены исследования 30 советских ученых, проведенные в 70-е гг. Это было своеобразное подведение итогов: кто и что сделал на ниве семейной психотерапии.

Развитие семейной психотерапии в России прошло несколько этапов.

Вначале семейные психотерапевты скрупулезно накапливали информацию о том, «как живут вместе пациент и его родственники». Сказывалась психиатрическая традиция сбора анамнеза — очень важно было охарактеризовать личностное своеобразие каждого члена семьи, а затем, суммировав психопатологические профили, понять сущность семьи как суммы входящих в нее индивидуальностей. За-

тем каждому члену семьи назначали определенное лечение — медикаменты, занятия АТ, сеансы гипноза и т. д. Этот этап условно можно назвать психиатрическим.

Однако такой подход продержался недолго. Следуя традициям отечественной психологии, и в первую очередь концепции «психологии отношений» В. Н. Мясищева, семейные психотерапевты помогали членам семьи осознавать и корректировать те паттерны поведения, которые закладывались на ранних этапах онтогенеза. Этот этап развития семейной психотерапии можно с полным основанием назвать психоаналитическим (психодинамическим).

Начиная с середины 80-х гг. в нашей стране основным становится системный подход к семейной психотерапии, а в дальнейшем — синтез «психологии отношений» В. Н. Мясищева и основных положений кибернетики и системного подхода (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Eidemiller E., 1996). Семейный психотерапевт перестал играть роль судьи, который собирал информацию у всех членов семьи, оценивал ее и давал семье либо «квалифицированный совет» (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1983), либо предписание — вести себя в определенных ситуациях определенным образом. Теперь семейный психотерапевт не только осуществляет присоединение к семье, но и входит в нее в качестве элемента, обладающего энергией, информацией и волей, побуждает членов семьи к терапевтическим изменениям, к пересмотру существующих правил и границ, подсистем и коалиций.

Отталкиваясь не столько от информации, содержащейся в прочитанных книгах о семейной психотерапии, сколько от собственного опыта, мы сформулировали в качестве одного из базисных принципов семейной психотерапии принцип «взаимной акцептации психотерапевта и обслуживаемой им семьи» (Eidemiller E. G., Justitsky V. V., 1989). В этом нам помогла известный психотерапевт Нина Александровна Михайлова, светлой памяти которой мы хотим выразить большое уважение и признательность. На одном из клинических разборов, который мы проводили вместе с врачами-слушателями, она произнесла заветные слова: «Если вы хотите успешно работать с семьей, то добейтесь того, чтобы она приняла вас, а уж вы извольте принять их такими, какие они есть».

Многие известные отечественные психотерапевты тогда в своей профессиональной деятельности были эклектиками, а некоторые остаются ими и по сегодняшний день. Несмотря на это, с середины 80-х гг. отечественная семейная психотерапия начинает развиваться во взаимодействии с другими школами, в чем-то отставая от них, а в чем-то значительно их опережая. Оглядываясь назад и сравнивая пути развития семейной психотерапии в разных странах мира, можно прийти к выводу, что семейные психотерапевты шли по одной дороге, но с разной скоростью.

В 1989 г. медицинский центр «Гиппократ» собирался провести цикл тематического усовершенствования по семейной психотерапии, были разосланы приглашения в разные регионы страны. Мы ожидали большого наплыва слушателей, но результат обескуражил всех нас — только один человек подтвердил желание обучаться на таком цикле. В 1993 г. у себя на кафедре мы провели первый в стране цикл тематического усовершенствования по семейной психотерапии «Основы групповой и семейной психотерапии» продолжительностью 216 часов. Вместо ожидаемых 20 участников на цикл записались и прошли его 40 человек. В стране коренным образом изменилась ситуация: люди стали более открытыми, у них появился интерес к самим себе и к собственной жизни. Российские семьи все в большей степени удалялись от образа «советской семьи» как «бронированного

сейфа с наглухо закрытой дверью, в глубине которого хранится скелет». Если раньше психотерапевт предлагал клиентам семейную психотерапию и в 70 случаях из 100 получал отказ, так как родители просили лечить носителя симптома — ребенка, подростка, другого члена семьи, то в настоящий момент значительно большее количество семей соглашается на психотерапию.

Сейчас насущной потребностью кафедр психотерапии, осуществляющих последипломную подготовку, стало решение вопроса, как наиболее эффективно обучать семейных психотерапевтов и консультантов, работающих в определенном национальном контексте.

Разумеется, семейные психотерапевты, в том числе и авторы этой монографии, не имеют готовых рецептов, но предлагают поделиться своим богатым житейским и психотерапевтическим опытом работы с дисфункциональными семьями. Семейная психотерапия не является панацеей для решения проблем общества, но восстановление семьи, укрепление семейных связей — один из путей, ведущих к укреплению государства в целом.

Авторы отдают себе отчет в том, что если бы не встречи в жизни с разными людьми, знакомство с их богатым опытом, то настоящая книга не появилась бы.

Мы хотим поблагодарить Бориса Дмитриевича Карвасарского за то, что он явился инициатором написания монографии «Семейная психотерапия» в 1990 г. и за его дальнейшую поддержку авторов.

Мы хотим поблагодарить наших жен — Викторию Тарабанову и Тамару Юстицкис за помощь в написании этой книги.

Выражаем огромную благодарность Нине Викторовне Александровой за любовную заботу об авторах, за помощь в написании книги, за участие в семейной психотерапии в качестве котерапевта, за добрые советы и критику.

Со всей искренностью благодарим Ирину Леонидовну Коломиец за помощь в редактировании нашей монографии.

У авторов была и есть счастливая возможность сотрудничать с такими разными, такими самобытными и оригинальными психотерапевтами, как И. А. Агеева, Н. Л. Васильева, А. И. Вовк, И. В. Добряков, В. А. Ташлыков, М. Ю. Городнова, И. А. Колесников, И. Л. Коломиец, И. М. Никольская, А. Б. Холмогорова, А. З. Шапиро, Ю. С. Шевченко и другими. Авторы благодарны им за возможность вступать в дискуссии, обмениваться идеями, замечаниями.

Огромная благодарность нашим учителям — философу Николаю Яковлевичу Соловьеву и психиатру Андрею Евгеньевичу Личко.

Почему наша книга получила такое название? «Психология и психотерапия семьи» — это название цикла тематического усовершенствования продолжительностью 144 часа, программа которого была создана в 1996 г.

Со времени выхода в свет второго и третьего изданий книги «Психология и психотерапия семьи» авторы накапливали опыт, обретали новые знания и опровергали собственные старые представления о психологии и психотерапии вообще и семейной в частности.

Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой разработана модель аналитико-системной семейной психотерапии. Обучение этой модели осуществляется на нашей кафедре.

Как была написана эта книга? В шутку можно было бы привести слова И. Ильфа и Е. Петрова: «Пока один стерег рукопись, другой бегал по издательст-

вам». Отчасти это похоже. Но вместе писать книгу так же трудно и так же интересно, как заниматься котерапией. Необходимо сотрудничество, доверие друг другу, умение договориться о том, кто что делает и кто за что отвечает.

Мы надеемся, что профессионалы воспользуются нашим опытом, сопоставят его со своим и свое согласие или несогласие с нашей точкой зрения отразят в своей практической работе и на страницах книг и статей.

Мы вели переговоры с художником и скульптором Михаилом Шемякиным о возможности проиллюстрировать нашу книгу, но из-за огромной занятости его и нас пришлось от этой идеи отказаться. В свою очередь Викторас Юстицкис сделал предложение Эдмонду Эйдемиллеру проиллюстрировать книгу.

Были сделаны рисунки основных фаз жизненного цикла семьи в традиции метафизического реализма, созданной в 60-х гг. XX в. группой художников «Санкт-Петербург», возглавляемой М. Шемякиным. Мы с гордостью сообщаем, что Эдмонд Эйдемиллер был членом этой группы.

Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер, профессор,
заведующий кафедрой детской психиатрии, психотерапии
и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской
академии последипломного образования Росздрава

Викторас Юстицкис, профессор
кафедры психологии факультета социальной политики
Университета им. Миколаса Ромериса (Литва)

Май 2007 г.

Предисловие к четвертому изданию

Прошло 17 лет после выхода в свет первой в СССР и России монографии известных специалистов — врача Эдмонда Георгиевича Эйдемиллера и психолога Виктораса Юстицкиса «Семейная психотерапия» (Л.: Медицина, 1990) и 8 лет после публикации второго исправленного и дополненного издания под названием «Психология и психотерапия семьи» (СПб.: Питер, 1999).

За это время в жизни нашей страны произошли радикальные перемены как позитивного, так и негативного характера: распался Советский Союз, прошел «парад суверенитетов»; одни люди обрели достаток и смогли реализовать себя; другие стали нищими; а многие тысячи детей стали сиротами и беспризорниками. Каждая семья в России прошла через кризис, из которого одни семьи вышли преображенными, с новыми семейными правилами, обновленной структурой семейных ролей, другие потеряли и то немногое, чем владели.

В китайском языке слово «кризис» состоит из двух иероглифов: один означает разрушение, а другой — надежду. В полной мере это подходит ко всем сферам жизни нашего общества, в том числе и к медицине. 1990 год стал переломным в развитии отечественной психотерапии: в условиях возрастания востребованности населением психологических и психотерапевтических услуг многие специалисты — психотерапевты, психологи, психиатры — начали открывать для себя методы, которыми ранее в России почти никто не владел.

Речь идет о разных моделях групповой психотерапии, аналитической психодрамы, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, в том числе и нейролингвистического программирования. С этого момента в учебных планах последипломного образования по психотерапии, осуществляемого на курсе детско-подростковой психотерапии, а начиная со 2 июля 2002 года — на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава (СПбМАПО Россздрава), появились циклы тематического усовершенствования по семейной психологии и психотерапии, которые сразу же стали популярными у врачей и психологов.

Авторы «Психологии и психотерапии семьи» — четвертого, дополненного и переработанного издания предыдущих книг — сохранили содружество, вследствие чего и была написана эта монография.

Становление Э. Г. Эйдемиллера как ученого и врача-психиатра проходило под руководством известных психиатров Д. С. Озерецковского, В. К. Смирнова и А. Е. Личко, благодаря которым сформировался его собственный профессиональный стиль, отличающийся высокой требовательностью к себе, стремлением исследовать смежные области — психиатрию, психотерапию и медицинскую психологию в онтогенетическом аспекте. В дальнейшем совершенствовался как психотерапевт и преподаватель в отделении неврозов и психотерапии Института им. В. М. Бехтерева и на кафедре психотерапии ЛенГИДУВа — СПБМАПО Росздрава под нашим научным руководством.

В настоящее время профессор, доктор медицинских наук Э. Г. Эйдемиллер заведует кафедрой детской психиатрии, психотерапии и медицинской психоло-

гии СПбМАПО, является крупным авторитетом в области групповой и семейной психотерапии, психотерапии и медицинской психологии детей, подростков и взрослых.

2 июля 2007 года коллектив кафедры отпраздновал пятилетний юбилей, в связи с чем поздравляем всех сотрудников и желаем им творческих успехов.

В. Юстицкис начинал свою деятельность как социолог, в дальнейшем работал психологом, занимаясь психологической коррекцией делинквентного поведения подростков. Много лет был психологом в колонии для несовершеннолетних преступников. В. Юстицкис многократно стажировался в Институте им. В. М. Бехтерева, сотрудничал с профессором А. Е. Личко. Разработал ряд оригинальных методов психологического исследования. В настоящее время В. Юстицкис — профессор кафедры психологии факультета социальной политики Университета им. Миколаса Ромериса (Литва), известен во всем мире как крупнейший специалист в области юридической психологии и виктимологии.

«Психология и психотерапия семьи» освещает все многообразие психологии семейных отношений. В книге подробно описаны так называемые «горизонтальные и вертикальные стрессоры» в жизни семьи, «этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования». Последний термин является новым для психологической и психотерапевтической литературы и введен авторами.

В монографии с исчерпывающей полнотой освещены основные направления семейной психотерапии: психодинамическое, системное, структурное и стратегическое, поведенческое и эклектическое. Большое внимание авторы уделили освещению постмодернистских методов семейной психотерапии, в том числе и оригинальной модели аналитико-системной семейной психотерапии, разработанной Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой. Но самое важное — это то, что авторы широко используют свой практический материал: клинические примеры, стенограммы и видеозаписи сеансов психотерапии. Они разработали новые психологические тесты и модифицировали ряд прежних методик психологического исследования. В частности, создали новый проективный тест «Возраст. Пол. Роль» для исследования полоролевой идентичности у детей, подростков и взрослых.

Наконец, хочется отметить, что Э. Г. Эйдемиллер проиллюстрировал основные фазы жизненного цикла семьи своими оригинальными рисунками.

Все перечисленное позволяет считать, что монография «Психология и психотерапия семьи» — крупный вклад в развитие психотерапии в России.

Б. Д. КАРВАСАРСКИЙ,
профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, руководитель Федерального научно-методического центра психотерапии и медицинской психологии МЗ РФ, руководитель отделения неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева

Предисловие к первому изданию

Выход в свет книги «Семейная психотерапия», написанной известными специалистами в данной области, врачом и психологом Э. Г. Эйдемиллером и В. В. Юстицкисом, является отражением развития и все большей интеграции психотерапии в медицине и здравоохранении.

Впервые в нашей литературе был подытожен в отдельной монографии опыт многолетних исследований процесса, методов и механизмов лечебного воздействия семейной психотерапии при нервно-психических заболеваниях.

Основная цель книги — не ознакомление читателя с многочисленными популярными в зарубежной психотерапевтической литературе концепциями и методами семейной психотерапии, а предложение новых методологических подходов, последовательно рассматривающих семью как многоуровневую и многофункциональную систему. Авторами подробно освещаются наиболее значимые понятия этой системы: коммуникативные процессы, ролевое взаимодействие, эмпатические характеристики членов семьи, их поведение в ситуации кризиса и болезни, основные подсистемы семьи, их границы и т. д.

В книге убедительно показано, что в тех случаях, когда кто-либо из членов семьи страдает нервно-психическими заболеваниями, нарушается целостное функционирование семьи и начинают формироваться групповые механизмы психологической защиты, часто носящие патологический характер.

Наиболее ценным в монографии является освещение базирующихся на оригинальных теоретических подходах методов семейной психотерапии при наиболее часто встречающихся нервно-психических заболеваниях: неврозах, психосоматических расстройствах, алкоголизме, психопатиях, а также при ситуативных нарушениях поведения на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте и при шизофрении. В приводимых клинических примерах, ярко иллюстрирующих теоретико-методологические позиции авторов, описываются стратегия и тактика семейного психотерапевта в отдельных случаях.

Монография Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкиса вносит вклад в разработку теории и практики семейной психотерапии и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии для решения лечебных, психопрофилактических и психогигиенических задач.

С учетом усиливающегося в нашей стране интереса к вопросам семейной медицины и появления в институтах усовершенствования врачей циклов «семейного врача» книга представляет интерес не только для семейных психотерапевтов-профессионалов, но и для врачей других специальностей, а также для психологов и социологов, выполняющих психопрофилактические и психогигиенические задачи.

Руководитель отделения неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, заведующий кафедрой психотерапии Ленинградского государственного института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, профессор Б. Д. КАРВАСАРСКИЙ

Нашим Учителям — нашим родителям, нашим детям, нашим родственникам, нашим клиентам и нашим друзьям посвящаем

ВВЕДЕНИЕ



Шутливый автопортрет «тайного советника психотерапии» Э. Г. Эйдемиллера
и портрет «маршала психологии» В. Юстицкиса

Что такое семейная психотерапия и кто такие семейные психотерапевты?

В нашей стране накоплен немалый опыт изучения семейных отношений, семейного воспитания и проведения семейной психотерапии (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1980, 1990, 1999; Захаров А. И., 1982, 1988; Спиваковская А. С., 1988). Сформулированы такие понятия, как «семейная психотерапия» и «семейный диагноз». Под последним подразумевается определение характера и степени дисфункции семьи, проявляющейся в нарушениях структуры семейных ролей, внешних и внутренних границ, коммуникаций, механизмов интеграции и формирования психологических защит («семейных мифов»).

Существует как минимум пять определений семейной психотерапии.

- **Первое**: семейная психотерапия является формой проведения психотерапии, опирающейся на принципы основных методов: личностно-ориентированного, методов аналитической психотерапии, аналитической психодрамы, гештальт-терапии и др., — применительно к проблемам конкретной семьи (Карвасарский Б. Д., 1985, 2000).
- **Второе**: семейная психотерапия является комплексом приемов и методов психотерапии, направленных на коррекцию психологического, социального и биологического статуса клиента в семье и при помощи семьи. Согласно этому определению, семья содержит в себе как саногенный, так и патогенный потенциал (Кабанов М. М., 1985).
- **Третье**: семейная психотерапия — самостоятельное направление в психотерапии, включающее в себя ряд методов, опирающихся на определенные теории (теория систем, кибернетика, учение о коммуникационных каналах, «психология отношений» В. Н. Мясищева, психоанализ З. Фрейда, нарративный и конструктивистский подход и др.). За этим определением стоит проблема эклектики и/или интеграции различных методов и техник психотерапии, исходящих из конкретного психотерапевтического запроса клиента(ов).
- **Четвертое**: семейная психотерапия — это система психологических воздействий на семью как на живую открытую систему с целью оптимизации ее функционирования (Эйдемиллер Э. Г., 2000). Это определение отражает системный подход в семейной психотерапии, и соответствующий метод получил название системной семейной психотерапии (Сельвини-Палаццоли М. и др., 1978; Николс М., 1984; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999).
- Наконец, **пятое** определение семейной психотерапии, которое может показаться читателю несколько непривычным: семейная психотерапия — это переговоры членов семьи с участием и при помощи психотерапевта, выступающего в роли переводчика, посредника и инициатора изменений с целью оптимизации семейного функционирования.

За каждым определением семейной психотерапии стоит своя история, верования, теории и практика, которые впитали и впитывают в себя все многообразие человеческого бытия.

Общие цели разных методов семейной психотерапии можно представить следующим образом: изменение в семье ряда представлений (установок, предположений) о возникшей проблеме; трансформация взглядов членов семьи на их проблему от индивидуально-личностных к целостным и согласованным; модификация проницаемости границ между подсистемами; создание альтернативных моделей разрешения проблем через прямое или косвенное вмешательство; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; коррекция различных форм иерархического несоответствия; прерывание дисфункциональных стереотипов поведения, взятых из родительской семьи, вынесение на поверхность важных «незаконченных дел», раскрытие семейных секретов, улучшение коммуникативного стиля общения членов семьи.

В настоящее время границы между различными методами семейной психотерапии стираются. За годы своего развития она вобрала в себя позитивные моменты психоанализа, групповой динамики, структурной, стратегической и когнитивно-поведенческой психотерапии. Например, в структурной психотерапии, как и в поведенческой, отправным пунктом для психотерапевтического вмешательства служит наблюдение за поведением членов семьи. В стратегической семейной терапии постановка гипотез и задач психотерапевтом сближает его позицию с директивностью поведенческого подхода. Объектом психотерапии является не только дисгармоничная семья, но и семья, находящаяся в кризисе. Важно найти ресурсы семьи, способности и мотивацию к изменениям и акцентировать внимание на решении актуальных проблем.

Семейная психотерапия представляет собой особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного члена семьи. Обычно семейная психотерапия сосредоточена не на одном члене семьи, хотя может иметь дело с одним из ее представителей на протяжении всего курса лечения.

Так что представляет собой психотерапия вообще и семейная психотерапия в частности? Какова роль контекста культуры в формировании содержания/формы психотерапии?

В настоящее время психотерапия — это тот вид духовной практики, который, с одной стороны, наиболее востребован населением разных стран мира, а с другой — является предметом разногласий и ожесточенных споров.

Попытаемся ответить на два вопроса.

Вопрос первый. Что такое психотерапия?

Самый очевидный ответ: психотерапия — это вид лечения, осуществляемый психологическими воздействиями.

Вопрос второй. Почему к психотерапевту приходят люди здоровые, но имеющие психологические проблемы: супружеская ревность, обида на детей, их непослушание и плохая успеваемость, конфликты поколений в семье? А угроза развода и ситуация в семье после развода; вопрос о том, как правильно воспитывать детей и можно ли бабушкам/дедушкам (как это ни странно звучит) любить внуков больше, чем любят их родители, и многое другое?

Если при ответе на первый вопрос психотерапия выступает как вид медицинского вмешательства, лечения, то при ответе на второй — как духовная практика, опирающаяся на парадигму здоровья и направленная на поиск и раскрытие глубинных смыслов бытия. Причем после консультации с психотерапевтом многие клиенты находят путь решения проблемы и чувствуют себя увереннее.

Психотерапия — это лечение или психологическое сопровождение человеком человека, переживающего кризис бытия?

Психотерапия — это медицина или гуманитарная практика? Каковы теоретические концепты психотерапии: естественнонаучная парадигма (каузальная модель) и/или гуманитарная?

Для нас психотерапия, несмотря на ее длительный исторический путь становления и развития, — новая междисциплинарная специальность, основанная на естественнонаучной и гуманитарной парадигмах, интегрирующая в себе такие духовные практики (по мере их возникновения), как религия, медицина, философия, педагогика, психология, социология, политика, этика и др.

Следовательно, психотерапевтическая деятельность в нашей стране не должна быть привилегией одних лишь врачей, но должна осуществляться и психологами, и социальными работниками, т. е. профессионалами, имеющими высшее образование соответствующего профиля и специальную последипломную подготовку и несущими юридическую ответственность за свою деятельность.

Другое следствие данного нами определения психотерапии заключается в том, что психотерапевтическая деятельность должна регламентироваться соответствующим Законом РФ, а не подзаконными актами министерств.

Можно предложить еще одно определение психотерапии. Психотерапия — это психологическое взаимодействие психотерапевта/психотерапевтов и клиента/клиентов, в результате чего осуществляются конструктивные изменения и личностный рост каждого участника взаимодействия. Подтверждением справедливости данного определения является теория и практика интерперсонального психоанализа (Салливан Г. С., 1999) и семейной психотерапии К. Витакера и А. Напира, основанной на опыте (см.: Эйдемиллер Э. Г. и Юстицкис В., 2001).

Для того чтобы понять роль и место психотерапии в культурном контексте современной России, необходимо осветить сам культурный контекст в его развитии вообще и в России в частности.

В развитии культуры выделяют четыре эпохи: премодерн, модерн, постмодерн и эксплозив. (Эйдемиллер Э. Г., 2000, Александер Ф., Селесник Ш., 1995, Эпштейн М., 2006, Seltzer W. J., 1999, 2000).

В эпоху премодерна мышление человека было магическим, поэтому главенствующими методами психотерапии, сохранившими свое значение и сейчас, были различные религиозные ритуалы, гипноз и методы психотерапии, основанные на феномене внушения и самовнушения.

Для эпохи модерна, которая условно начинается с работ Р. Декарта и Д. Локка, характерно стремление отыскивать (или приписывать) причинно-следственные связи как в природе, так и в поведении людей. Важным инструментом в познании психики становятся психоанализ З. Фрейда, в основе которого лежат наблюдение и интроспекция, и теория условных рефлексов И. П. Павлова с основанными на ней методами поведенческой психотерапии.

Следует остановиться на методологических понятиях, которые вызывают дискуссии в современной психотерапии: метод, направление, школа и техники. Метод — это определяемые границы единства и взаимодействия теории и практики. Применительно к психотерапии можно сказать, что психоанализ являет собой две ипостаси — мировоззрение и метод психотерапии.

Направление — это группа методов психотерапии, имеющих больше сходства, чем различий, в теории, имеющих сходство и различие в практическом, т. е. технологическом, воплощении этих теорий.

Школа — это персонификация направления или метода психотерапии (есть основоположник теории, есть ее методология, концепция и программы обучения, система верификации результатов, исследования эффективности и т. д.). К примеру, психоанализ З. Фрейда, аналитическая психодрама Д. Л. Морено, гештальт-терапия Ф. Пёрлза, патогенетическая психотерапия неврозов В. Н. Мясищева.

Техники — это конкретные приемы в рамках психотерапевтического процесса, определяемого параметрами направления или метода[1].

Следует сказать, что техники часто не имеют специфических признаков, позволяющих относить их к тем или иным методам психотерапии. К примеру, работа со стульями в равной степени относится как к аналитической психодраме, так и к гештальт-терапии, а психоскульптурирование используется как в аналитической психодраме, так и в семейной психотерапии (Satir V., 1988; Papp P., 1976).

Культура эпохи постмодерна не только включает в себя признаки предыдущих эпох, но и имеет свои характерные признаки.

Принцип ризомы (Делез Ж., Гваттари Р.) предполагает новый способ структурирования как в отношении знания, так и мировосприятия в целом. Для описания этого принципа в наибольшей степени подходят понятия «контекста переживаний, взаимодействия», «семейного контекста», которые пришли из семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999; Nichols M., 1984; Brown J. H., Christensen D. N., 1999). Контекст бытия — это поле описания всего того опыта, который входит в рамки исследования/описания. При этом отсутствует классическое деление на целое, частное, подчиняющее и соподчиненное. Речь идет о неоднородном поле идентичности.

Контекст характеризуется несимметричностью, вследствие чего так называемая периферия бытия может оказаться более значимой, чем «центр». В аналитической психодраме (Э. Г. Эйдемиллер занимается ею много лет и считает одним из наиболее универсальных и эффективных методов психотерапии, пригодных для детей, подростков и взрослых) маленькие детали, например уточнение цвета обоев, времени суток, открыты или закрыты двери в комнатах в психодраме протагониста, имеют подчас большее значение для достижения им инсайта и катарсиса, чем формулирование и проговаривание им основной темы.

Семейные психотерапевты настаивают на том, чтобы на сеансы психотерапии приходили все члены семьи, поскольку какой-то нюанс поведения одного из них способен прояснить суть конфликтных взаимоотношений.

Сальвадор Минухин (Minuchin S., 1974) описывает случай, когда на сеанс психотерапии пришла семья: мать, отец и двое детей — подросток и младенец, лежа-

[1] Определения метода, направления, школы и техники цит. по Э. Эйдемиллеру в кн.: *Браун Дж., Кристенсен Д.* Теория и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001. С. 10.

щий в коляске. Мать долго и со страданием говорила, что ее муж черствый человек, игнорирующий интересы семьи, что он равнодушен к детям. В это время младенец заплакал, мать продолжала свои жалобы, сидя на стуле, и только отец встал и начал катать коляску, чтобы успокоить ребенка. Ризома пришла на смену структуре.

Время становления эпохи постмодерна — весьма подвижная граница, охватывающая конец 20-х гг. XX в. и наши дни.

Критика абсолютизма разума, так называемого научного познания, основана на догмате измерения. Помимо измерений, в современной психологии наиболее важным стало вслушивание, вчувствование, взаимная эмпатия. Диктатура рационального объяснения, действия, последействия и следствия уступила место созданию и воссозданию контекста множественной интерсубъективности.

На сеансе индивидуальной психотерапии в случае явлений переноса и противопереноса происходит взаимное выстраивание образов друг друга психотерапевтом и клиентом (рис. 1).

В начальной фазе психотерапии психотерапевт (имеющий собственный жизненный опыт, соответствующие профессиональные качества, опыт самораскрытия и инвентаризации личного психологического пространства, проницаемые внутренние и внешние границы «Я»), демонстрирует клиенту эмпатию, принятие его таким, какой он есть, инициативу. Клиент же предъявляет психотерапевту свои страхи, веру и надежду, что психотерапевт ему поможет, проявляет тревогу, ригидные паттерны эмоционально-поведенческого реагирования.

В средней фазе психотерапии продолжается процесс взаимодействия, в котором важнейшими являются восприятие, взаимная акцептация личного материала психотерапевта и клиента, причем психотерапевт (и в этом его сила и профессионализм) усваивает для себя лишь то из материала клиента, что способствует умножению его потенциала и опыта. Границы клиента становятся более проницаемыми, вследствие чего он способен осуществлять инвентаризацию и коррекцию своего и чужого опыта.

В заключительной фазе психотерапии клиент завершает «встраивание» в себя того материала, который образовался в процессе взаимоотношений/взаимодействий с психотерапевтом, инвентаризацию и коррекцию своего опыта. Наличие проницаемых внешних и внутренних границ позволяет клиенту осуществить интеграцию уже имевшегося опыта и вновь приобретенного. Это полностью самостоятельная аутентичность, уже независимая от психотерапевта. Психотерапевт в результате общения с клиентом либо подтверждает, либо подвергает сомнению тот опыт переживаний, который был у него ранее. Если психотерапевт — профессионал высокого класса, он всегда оказывается в выигрыше, выстраивая собственную личность. В случае непрофессионализма психотерапевта противопереносы разрушают его личность.

Несколько иначе выглядит ситуация взаимодействия клиентов и психотерапевта в процессе семейной психотерапии (рис. 2).

На рис. 2 графически изображена семья, состоящая из отца, матери, ребенка и «призрака» — умершего родственника, который в представлениях живых членов семьи занимает главенствующее место в силу тех проекций, которыми семья его наделяет. В первых двух фазах семейный психотерапевт устанавливает кон-

такт со всеми вместе и с каждым в отдельности, выстраивая уровни интеграции и общности семьи.

В заключительной фазе члены семьи, благодаря инвентаризации и утилизации личностных и семейного ресурсов, симптоматического поведения и взаимодействий, устанавливают ту конфигурацию семейной общности, при которой семья оказывается способной реализовать свой потенциал роста, изменений и самоактуализации. Психотерапевт занимает свое место за пределами данной семьи и готовится к встрече с новой.

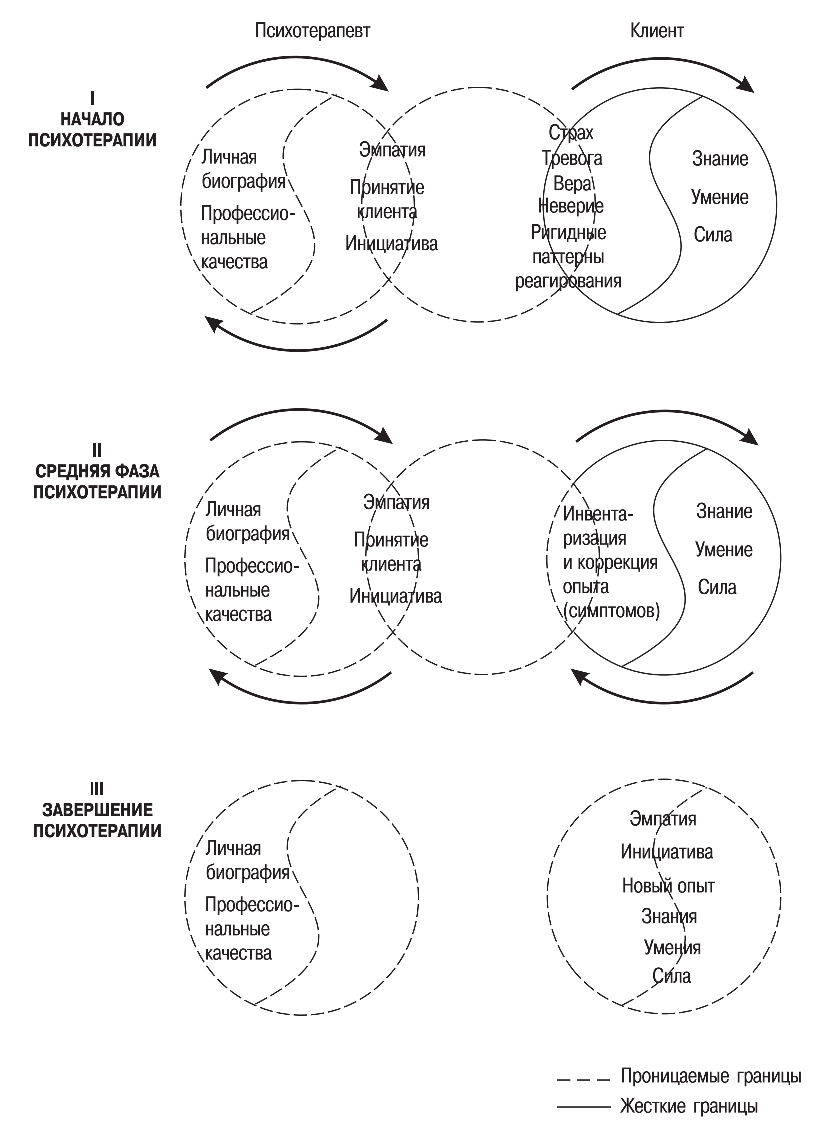


Рис. 1. Психотерапевтическая ситуация (образы). Границы личностного пространства клиента либо размыты, либо жесткие, большая часть его потенциала оказывается невостребованной

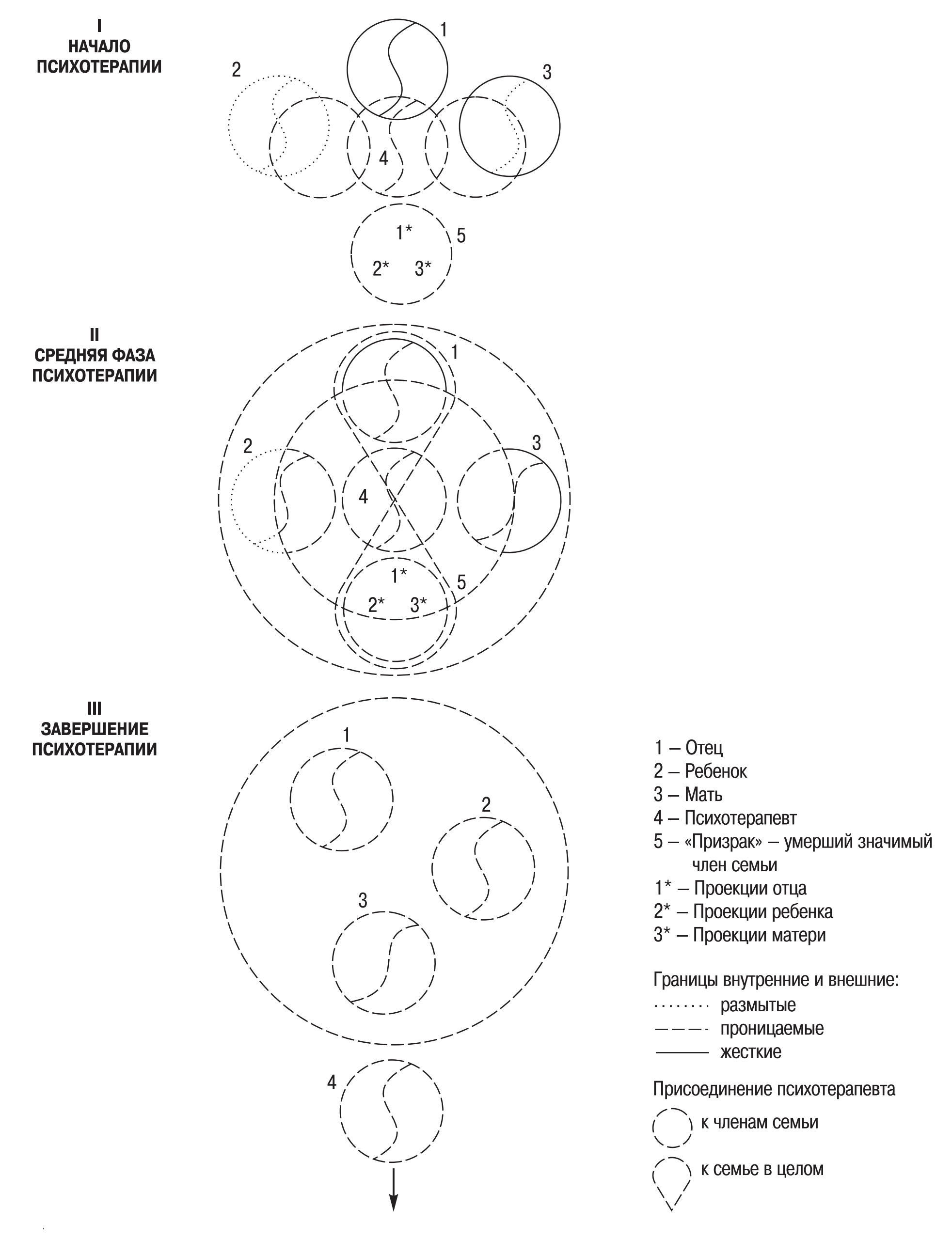


Рис. 2. Присоединения психотерапевта к членам семьи и к семье в целом

В эпоху постмодерна подвергается критике *принцип функциональности*, который предполагает жесткое слияние предназначения, судьбы и аутентичности с выполнением социальных ролей. В тоталитарных обществах принцип функциональности был жестко самодовлеющим и каждый человек рассматривался как элемент большой государственной машины.

Преобладающими теориями в философии и психотерапии становятся теория социального *конструктивизма* и *нарративный* (описательный) подход (Efren J. S., Lukens M. D., 1992; Seltzer W. J., 2000). Благодаря работам чилийских биологов Умберто Матурана и Франсиско Варела стало ясно, что так называемые «очевидные» биологии факты не всегда являются таковыми. Очень трудно отнести тот или иной вид животных, организмов на определенные позиции классификаций. К примеру, большую панду одно время относили к медведям, потом к енотам, потом снова к медведям, причем оказалось, что и еноты и медведи являются представителями одной большой семьи.

Суть конструктивизма заключается в осознании того, что наши предположения о мире невозможно непосредственно подтвердить.

> Язык — это самое главное, без него невозможны были бы такие сложные согласования действий в социальном сообществе, и именно поэтому конструктивисты настаивают на том, что человеческие жизни, в сущности, являются «разговорами». Следовательно, конструктивистская психотерапия в фигуральном смысле представляет собой особую форму «разговора» (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В., 2000, с. 86).

Основное допущение конструктивистских и нарративных психотерапевтов заключается в следующем: все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на наше понимание чего-либо каким-то определенным образом, поэтому все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если что-то вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать что-то другое. Наглядный пример этого — так называемые «исторические фильмы», в которых актеры — носители психологии человека XX в. с их раскрытой манерой поведения, своеобразным этикетом, привычкой одеваться — изображают героев прошлых эпох. То же самое происходит и в научных дискуссиях: каждый оппонент доказывает свои тезисы, находясь в рамках своего контекста мыслей и переживаний, в то же время те, кто наблюдает за дискуссией, склоняются то в одну, то в другую сторону — не вследствие рациональных причин, а вследствие иррациональных убеждений и установок. Трагедия людей XX–XXI вв. — внеконтекстуальное существование и общение.

Понимание между людьми возникает в условиях взаимосозданного и взаиморазделяемого контекста переживаний. «Стол — это то, что наиболее часто обозначается этим словом» — это утверждение справедливо лишь тогда, когда общающиеся договорились о границах контекста взаимоотношений и о способах проверки качества понимания. При нарушении этих условий «стол» в нашем понимании может трансформироваться в «стул». Основной тезис конструктивистского и нарративного подходов — «практичность» вместо «истинности». По словам Петера Козловски, ответственность за свое самоопределение, самоактуализацию является прерогативой самой личности. Речь идет об ответственном самоформировании. Наверное, из всех сфер социального функционирования общение в семье и общение в ситуации психотерапии имеет больше всего причин называться «понимающим» общением.

Главенствующей ценностью эпохи постмодерна является свобода, которая предполагает, помимо всего прочего, отказ от *завоевания* и *расширения* в области духовных практик. К сожалению, опыт общения и взаимоотношений психотерапевтов в России говорит об обратном: все понимают необходимость объединения,

но при этом продолжается конкурентная борьба представителей разных школ, ассоциаций, учреждений и просто отдельных психотерапевтов. Тема, которая волнует всех, но о которой никто не говорит вслух, — это власть и деньги. Кто будет определять параметры специальности, стандарты обучения и сертификации, кто будет иметь большее влияние — это тот неявный в декларировании, но более чем явный в поступках лейтмотив развития психотерапии в современной России.

Преодоление научного монизма и декларация множественности форм познания. Отношения традиционной медицины, в частности так называемой научной психотерапии, с альтернативной медициной и психотерапией характеризуются закрытостью и враждебностью. Причем большую враждебность демонстрирует официальная медицина, а альтернативная отвечает ей игнорированием. Если мы не знаем механизмов лечебного действия методов нетрадиционной медицины, то все-таки должны констатировать, что многие целители обладают такими важными качествами, как умение осуществлять присоединение, наводить трансы, стимулировать переносы, вселять веру и надежду. Весь вопрос в том, как будут использованы эти возможности.

Наконец, в эпоху постмодерна актуализируются качества готической *культуры с ее стремлением к чистоте.* Функциональность заменяется принципом органичности. Все многообразие природы, человеческого бытия понимается как взаимосвязанное, как живое, которое развивается по своим законам. Метафорой этого принципа может служить панорама: есть река, луга, кустарники, деревья, различная живность, ценная сама по себе, но ни в коем случае не выступающая в роли «младших братьев»; небо, солнце и человек, который пытается обучиться неагрессивному существованию.

К сожалению, прав философ М. Эпштейн, профессор Университета Эмори в г. Атланте (США), когда утверждает, что эпоха постмодерна погибла 11 сентября 2001 г. в результате страшных терактов в США и началась эпоха эксплозива. Для этой эпохи характерны оппозиция, конфронтация, угрозы, агрессия, террористические акты.

Многополярность мира сменилась конфронтацией глобализма и антиглобализма, христианской и исламской культур, противопоставлением «хороших» и «плохих», возрождением «холодной войны».

В психотерапии жесткое административное принуждение к применению принципов «доказательности» и «клиницизма», которые сами по себе не вызывают возражений, может привести к тому, что одни методы попадут в разряд официально рекомендованных, а другие — в «черный список».

В настоящее время исследователи (Карвасарский Б. Д., 2000; Макаров В. В., 2000) насчитывают от 500 до 1000 методов психотерапии. Совершенно очевидно, что методов психотерапии значительно меньше, а увеличение их количества связано с тем, что каждый психотерапевт стремится скорее персонифицировать свой опыт, нежели признаться в том, что он является учеником и последователем другого психотерапевта.

Для того чтобы сориентироваться во всем многообразии методов и техник психотерапии, лучше воспользоваться предложением М. Н. Решетникова (2000) и выделить методы психотерапии, относящиеся к следующим направлениям (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2000):

1) методы психотерапии, основанные на внушении и самовнушении;

2) когнитивно-поведенческая психотерапия;
3) психоаналитическая (психодинамическая) психотерапия;
4) экзистенциальная (гуманистическая) психотерапия;
5) семейная психотерапия.

В современной России одни направления психотерапии развиты лучше (как, скажем, первое, второе, четвертое), а другие — значительно хуже (например, семейная психотерапия).

Отнесение семейной психотерапии к самостоятельному направлению достаточно спорно и в нашей стране имеет больше противников, чем сторонников.

Какие у нас есть основание выделять семейную психотерапию как самостоятельное направление?

Во-первых, собственный психотерапевтический опыт. Нам повезло вместе с В. К. Мягер и А. И. Захаровым стать основоположниками семейной психотерапии в СССР.

Мы поняли, что семья является уникальным социальным организмом, имеющим свои специфические признаки; свои механизмы функцинирования. Были созданы теории, касающиеся разных аспектов функционирования семьи:

- учение о горизонтальных и вертикальных стрессорах — концепция «патологизирующего семейного наследования» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Nichols M., 1984; Brown J. H., Christensen D. N., 1999);
- структура базисных семейных ролей;
- семья как живая открытая система, функционирующая в неравновесных условиях;
- семейные подсистемы и границы;
- семейные мифы;
- семейные когнитивные сценарии, «наивная семейная психология» Юстицкиса В. и Эйдемиллера Э. Г. (1990; 1999).

Во-вторых, существование разнообразных теорий, объясняющих функционирование семей как целого.

В-третьих, близость и взаимопроникновение этих теорий в объяснении функционирования семей: психодинамические, системные, структурные, коммуникативные и стратегические теории семейной психотерапии скорее дополняют друг друга, нежели опровергают.

В-четвертых, именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы, которые, с нашей точки зрения, явились своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода (общей теории систем Людвига фон Берталанфи), психотерапии, основанной на опыте (Satir V., 1988; Нейпир О., Витакер К., 2005).

Думается, что ни одна из метафор не может в полной мере отразить такие сложные понятия, как психотерапевт и психотерапия (например, психотерапевт — это музыкальный инструмент и исполнитель одновременно). Даже сюрреалистическое мышление не может панорамно и непротиворечиво воссоздать этот образ.

Наша любимая метафора, передающая суть психотерапевта, — это фигура Сталкера (главного героя одноименного фильма А. Тарковского). Сталкер —

опытный исследователь неизвестного и непознанного мира, содержащего в себе как манящее, так и опасное. Сталкер сопровождает Путешественника по маршруту его желания, но использует при этом свои личностные и профессиональные качества: эмпатию, рефлексию, терпение, принятие Путешественника таким, какой он есть, — для успешного и результативного завершения путешествия. Разумеется, в этой специальности есть и меркантильная сторона — «хабар».

Но все время требует ответа вопрос, который формулируют и Сталкер и Путешественник: «Куда мы идем? Что мы делаем, зачем, с какой целью, с какой мерой безопасности?»

Метафорой для понимания семейной психотерапии может служить следующий образ: каждая семья — композитор своей музыки под названием «Жизнь», а также ее исполнитель и дирижер. Диссонанс и фальшь появляются тогда, когда члены семьи не могут договориться о репертуаре, способах и последовательности исполнения произведения. Кто же в таком случае семейный психотерапевт? Временно приглашенный «дирижер-консультант», который призван способствовать налаживанию понимания в семье, проведению репетиций, а затем покидающий семью. Семья же остается играть свою музыку — музыку боли, радости, жизни.

Как сложился наш авторский коллектив и кто авторы этой монографии?

Вопрос этот не случаен. В общественной психологической, психиатрической и психотерапевтической литературе существует традиция, согласно которой авторы доверяют читателям лишь свои фамилии, инициалы, должности и звания. О том, каким был (или есть) психолог или психотерапевт в жизни, что любит, а чего опасается, какой путь он прошел, становясь профессионалом, мы узнаём, как правило, из некрологов и воспоминаний друзей.

Мы хотим нарушить эту традицию и рассказать о себе и о своих коллегах. Возможно, кто-то из наших читателей, соприкоснувшись с таким опытом — опытом обычных людей и профессионалов, — сделает для себя выводы не меньшие, чем после знакомства с содержанием целой книги.

С Виктором Юстицким (по-современному — Викторасом Юстицкисом) мы познакомились в 1974 г., когда он приехал в Ленинград в Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева совершенствоваться по медицинской психологии. В. Юстицкий сказал А. Е. Личко, известному специалисту в области подростковой психиатрии: «Андрей Евгеньевич, я работаю психологом с подростками, состоящими на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, с их семьями, у меня мало опыта и много вопросов...» А. Е. Личко посоветовал: «Встретьтесь с Эдмондом Георгиевичем и обсудите с ним эти темы». Так мы познакомились и продолжаем наши дискуссии, обмен опытом и мыслями по сей день.

Юстицкис В. окончил Вильнюсский университет и вскоре защитил кандидатскую диссертацию по социологии под руководством известного философа, специалиста по проблемам семей Н. Я. Соловьева.

В настоящее время Викторас Юстицкис — профессор кафедры психологии факультета социальной политики Университета им. Миколаса Ромериса (Литва), полковник внутренней службы в отставке. Его работы, посвященные психологии делинквентных подростков и несовершеннолетних правонарушителей, семейной дисфункции и их психотерапии, а также психотерапии заключенных, завоевали большую популярность в разных странах мира. В. Юстицкис является автором многих популярных опросников и тестов (например, «Анализ семейных взаимо-

отношений» (АСВ), «Предпочитаемый тип симпатии» (ПТС), которые имеют большое значение для выявления психологических мишеней при проведении семейной психотерапии.

Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер в 1968 г. окончил интернатуру по психиатрии (это была первая интернатура в СССР), а затем работал психиатром — в больнице, в диспансерах. Окончил клиническую ординатуру и аспирантуру Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством профессора А. Е. Личко. Его воспоминания: «Уже на первом году работы психиатром я почувствовал некоторое неудовлетворение от того, что я делаю. Да, я знал и умел, подобно следователю, раскрывать те переживания и расстройства, о которых больной либо не хотел говорить, либо не воспринимал их как нечто такое, о чем надо говорить и что мешает жить ему и другим. Да, это доставляло мне удовольствие! Ловкий и удачливый охотник, талантливый диагност «московской школы психиатрии», к тому же тот, кто умеет лечить инсулиновыми комами и психотропными препаратами! Однако очень скоро наступило разочарование: у меня сложилось впечатление, что мое общение с больными носит механический характер, от которого никому лучше не становится. И мне, коренному петербуржцу, пришлось искать новый путь среди проспектов, дорожек и тупиков «москвы» и «ленинграда» — искать внутри своей души.»

Современный читатель может не понимать, что такое «московская» и «ленинградская» школы психиатрии.

Глава московской школы академик А. В. Снежневский, включив в свою концепцию шизофрении «принцип течения», предложенный известным детским психиатром Г. Е. Сухаревой для исследования закономерностей и течения психического расстройства, последовательности развития и смены психопатологических синдромов, построил свою классификацию форм шизофрении и стереотипов развития психической болезни.

Основное кредо этой школы заключалось в том, что психиатрия — наука точная, симптомы болезни достоверны, психозы суть следствие биологического нарушения, логика развития клинических форм шизофрении установлена и может быть легко предсказана. Отсюда и вывод: ранняя диагностика психических нарушений и отнесение их к регистру психозов в форме шизофрении предполагает обязательную госпитализацию и интенсивное лечение биологическими методами.

Представители ленинградской школы исходили из того, что этиология и патогенез психических расстройств малодоказуемы, что в этиологии болезни и ее течении очень трудно установить удельный вес биологических (органических), психологических и социальных факторов. Ленинградские психиатры (Г. Б. Абрамович, Е. С. Авербух, Р. Я. Голант, Р. А. Зачепицкий, Г. В. Зеневич, А. Е. Личко, С. С. Мнухин, В. К. Мягер, Д. С. Озерецковский, И. Ф. Случевский, Ф. И. Случевский, В. К. Смирнов, Н. Н. Тимофеев, Н. Н. Трауготт, Д. Н. Исаев, М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, В. А. Ташлыков, Э. Г. Эйдемиллер и многие другие) старались фиксировать в исследовании психической болезни не только и не столько психопатологические расстройства, сколько преморбидные личностные особенности, реакции личности на болезнь, различные экзогенные (в том числе и психогенные) факторы.

Стержневой идеей, которая и продолжает объединять столь разных психиатров, была концепция «психоневрологии», созданная В. М. Бехтеревым.

Говоря современным языком, «психоневрология» — это биопсихосоциальная модель болезни и здоровья (У'Экскуль и Визиак).

Психиатры ленинградской школы характеризовались и характеризуются гуманным обращением с больными, которое проявляется в комплексном подходе, включающем в себя психосоциальные воздействия, психотерапию и биологическую терапию; основой им служит концепция реабилитации психических больных (Кабанов М. М., 1985, 1998).

А. Е. Личко часто говорил на клинических разборах: «Итак, коллеги, какой диагноз мы поставим этому больному шизофренией?» Тем самым он и многие другие психиатры подчеркивали, что они стремятся не столько к академической чистоте процедуры диагностики и лечения, сколько к бережному решению судьбы больного, чтобы психиатрический диагноз не лишил его социальной перспективы.

Ленинградские психиатры первыми в нашей стране выразили тревогу по поводу негативных последствий «стигматизации», или «этикетирования», т. е. ситуаций, когда диагноз, с академических позиций правильный, существенно ухудшал социальную адаптацию больных. Диагноз «психопатия» закрывал двери в высшие учебные заведения, секретные НИИ и заводы, запрещал управление автотранспортом, поездки за рубеж и многое другое для определенной части молодежи. А. Е. Личко, В. Юстицкис, Л. Б. Богдановская, Ю. А. Строганов, А. А. Александров, Ю. В. Попов и автор этих строк, отстаивая интересы клиента, часто не выставляли диагноз психопатии, хотя для этого были все соответствующие клинические признаки, а делали, к примеру, такое заключение: «Транзиторные нарушения поведения на фоне демонстративно-гиперкомпенсаторной (истерической) акцентуации личности (характера)». Последующее катамнестическое исследование показало, что многие молодые люди, побывав в психиатрической больнице и не стигматизированные диагнозом «психопатия», нашли свою дорогу в жизни.

В 1970 г. А. Е. Личко создал первый в отечественной психологии опросник для диагностики степени отклонения характера — «Патохарактерологический диагностический опросник для подростков» (ПДО) — и предложил Э. Г. Эйдемиллеру использовать его для взаимной характерологической оценки членами семьи друг друга. Разумеется, в то время никто не знал, что существует прогностическая эмпатия и методы ее исследования, но взявшись за это дело с энтузиазмом, Э. Г. Эйдемиллер, и сам не подозревая об этом, стал не только исследователем прогностической эмпатии, но и — что самое важное — семейным психотерапевтом.

В монографии «Психология и психотерапия семьи» (Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 1999, 2001) были выделены основные этапы развития семейной психотерапии как во всем мире, так и в СССР и России, но затем, после ряда сделанных поправок, определены следующие этапы:

1) психиатрический — дидактический;
2) психоаналитический;
3) поведенческий;
4) системный;
5) нарративный (конструктивистский).

Представители психиатрического — дидактического этапа выступали в роли объективных экспертов, в большей степени оценивали психологический и психопатологический профиль личности каждого члена семьи, в меньшей степени —

характер их взаимоотношений и межличностные конфликты в семье, а затем давали жесткие директивы: что изменить в функционировании семьи в целом и в поведении каждого ее члена.

Характеристики второго, третьего и четвертого этапов подробно приведены в «Психологии и психотерапии семьи» (2001) и в «Хрестоматии по семейной психотерапии» (2000), авторами и составителями которых были Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис и Н. В. Александрова. О нарративном (конструктивистском) подходе в семейной психотерапии мы говорили выше.

Основные тенденции в развитии семейной психотерапии в России — сложный многоуровневый процесс.

Тем не менее в нем можно условно выделить две составляющие: поверхностные процессы и глубинные.

Поверхностные процессы связаны со становлением семейных психотерапевтов как профессионалов. Это совершенствование мастерства, посещение семинаров, кафедр и центров, в которых преподают различные методы семейной психотерапии; попытки эклектичного соединения разных методов, приемов, техник в контексте собственного психотерапевтического опыта. Некоторые из психотерапевтов считают, что они занимаются интегративной психотерапией[1].

Интегративная психотерапия, с нашей точки зрения, — необходимая дань времени, а с другой стороны, не исключено, что психотерапевт, осуществляющий интеграцию методов, техник в психотерапии, является фигурой, у которой есть проблемы личностной и профессиональной идентичности.

Для того чтобы назвать себя интегративным психотерапевтом, необходимо скрупулезно определить основные параметры теоретических концептов, лежащих в основе различных методов психотерапии, и в случае их близости осуществить на практике соединение этих методов в рамках нового метода, нового психотерапевтического процесса. Однако подчеркнем, что трудности этой процедуры в первую очередь обусловлены собственными противопереносами психотерапевта, плохо осознаваемыми, а потому не контролируемыми и не управляемыми, а во вторую — неспособностью концептуализировать собственную психотерапевтическую работу. К сожалению, в отечественной подготовке психотерапевтов распознаванию, преодолению противопереносов и управлению ими уделяется явно недостаточное внимание.

Возможно, что созданная Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой новая модель семейной аналитико-системной психотерапии может быть подвергнута критике именно с этих позиций.

Глубинные процессы связаны с тем, что психотерапевты пытаются идентифицировать себя уже как профессионалов в определенной области психотерапии — аналитической, групповой, семейной и др.

Эти процессы наиболее сложные, так как зависят и от внешних, и от внутренних факторов. К внешним относится отсутствие методологии, приемов обучения методу; к внутренним — выбор самого психотерапевта. Любой специалист, делающий выбор в сторону неспешного и сосредоточенного самопознания — своего

[1] Трудно разделить эти понятия — эклектика и интеграция. В известной мере они являются синонимами, но если психотерапевт в обществе коллег назовет себя эклектиком, то реакцией окружающих будет снисхождение или осуждение.

рода «мирского монашества» — и ознакомления с техниками психотерапии в рамках мировоззрения, которому присягнул, проигрывает на современной «ярмарке тщеславия», но выигрывает в системе других духовных координат.

Как увидит читатель, каждый из авторов монографии проходил и проходит собственный, индивидуальный путь становления психотерапевта-профессионала, выбирая свои приоритеты в психотерапии. Многим из нас были знакомы переживания и перипетии манипулятивного психотерапевта: восторг от своей «силы», наслаждение собственным величием и волшебством, особенно при применении техник НЛП. Мы не берем на себя труд критиковать НЛП, которое, как известно, в рейтинге эффективных методов психотерапии занимает достойное место в первой тридцатке. Мы говорим о себе, а также о тех мыслях, которыми делились наши сотрудники.

В 1990 г. Карл Витакер, проводивший семинар по семейной психотерапии в гостинице «Санкт-Петербург», ответил на вопрос одного из участников, какой метод психотерапии он считает наиболее эффективным: «Слушать... только слушать». Тогда участник, не удовлетворенный ответом, задал более конкретный вопрос: «Ваше отношение к НЛП?» Карл Витакер ответил: «Я скептически отношусь к психотерапии, основанной на манипуляции». В то время не все были удовлетворены таким ответом.

Наш опыт, наша жизнь позволяют сказать, что в работе психотерапевта самое важное: «Слушать... Слышать... Чувствовать...»

Ибо каждое сообщение клиента, каждая заявляемая им проблема — это одновременно и загадка, и отгадка (Лейтц Г., 1994).

Специфика работы семейных психотерапевтов в России определяется национальными, религиозными и культурными аспектами жизни в обществе вообще и в семье в частности.

В нашей стране семья имеет свои отличительные особенности:

- сохраняется патриархальная семья, т. е. семья, состоящая из нескольких поколений;
- границы между подсистемами диффузны, плохо структурированы; власть в семье нередко принадлежит бабушкам и дедушкам;
- во многих семьях в нескольких поколениях отсутствуют мужчины (так же, как они отсутствуют во многих общественных институтах: детских садах, школах, университетах, больницах, поликлиниках, некоторых фирмах и банках, где работают в основном женщины);
- несколько поколений зависят друг от друга не только духовно, но и материально: молодые семьи живут либо в коммунальных квартирах, либо вместе с родственниками, без надежды на приобретение собственного жилья;
- идеология тоталитарного общества сформировала жесткую систему принуждения и долженствования, из-за которой быт — поведение, духовные ценности — напоминал те эпохи, когда человек забывал о собственном «Я», о своих желаниях и потребностях, выстраивая свое поведение так, чтобы оно было угодно Богу, феодалу или государству;
- разрушение прежней идеологии и отсутствие новой, которая помогла бы сплочению и обретению чувства принадлежности и защищенности, привели к тому, что в обществе возросла потребность в иллюзиях, «чудесах» и др.

Тяжелое материальное положение и снижение значимости нравственных ценностей приводят к тому, что семьи легко распадаются и дети оказываются на улице, становясь легкой добычей криминальных элементов; в семьях возрос уровень взаимной агрессии.

Обретение свободы сопровождается высвобождением агрессии, а агрессивное поведение, в свою очередь, воспринимается его носителем как обретение свободы. Именно психотерапевты, социальные работники, учителя, работники правоохранительных органов оказались ответственными за сохранение человеческой души. В настоящее время теория семейной психотерапии — это область наибольшего развития, в которой каждое приобретение дается ценой многочисленных усилий и дискуссий.

В основу нашей книги легли результаты исследований семей с весьма широким кругом нервно-психических и психосоматических расстройств и семейной психотерапии. Изучены более 1000 семей, проходивших семейную психотерапию в 1970–2006 гг. в отделениях подростковой психиатрии, неврозов и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Семейная психотерапия осуществлялась при различных формах неврозов и реактивных состояний, при алкоголизме, вялотекущей шизофрении, психопатиях и психопатоподобных состояниях. Широкое изучение нервно-психических расстройств в их взаимосвязи с нарушениями семьи позволило установить некоторые общие закономерности. Именно этим закономерностям уделено основное внимание в предлагаемой вниманию читателей работе.

Мы решили проиллюстрировать основные этапы жизненного цикла семьи собственными рисунками (Э. Г. Эйдемиллер).

- Знакомство. «К. М. Вебер. Приглашение к танцу».
- Взаимная адаптация. «Продолжение танца».
- Супружеский симбиоз. «Гермафродит».
- Расставания/встречи супругов. «Прощание древлянки».
- Рождение ребенка. «Рождение триалога».
- Уходы детей из семьи.
- Родители остаются одни.
- Завершение жизненного цикла семьи. Смерть супруга.

1 СЕМЬЯ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ



Знакомство. «К. М. Вебер. Приглашение к танцу»

Современная семья и нарушения ее функционирования

«Семья — ячейка (малая социальная группа) общества, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т. е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами и другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство» (Соловьев Н. Я., 1977). Семья играет огромную роль в жизни как отдельной личности, так и всего общества. По данным переписи населения 1979 г., 88,4% всего населения живут в семьях.

Важнейшими характеристиками семьи являются ее функции, структура и динамика.

Функции семьи. Жизнедеятельность семьи, непосредственно связанная с удовлетворением определенных потребностей ее членов, называется функцией семьи. «Функций семьи столько, сколько видов потребностей в устойчивой, повторяющейся форме она удовлетворяет» (Соловьев Н. Я., 1977). Выполнение семьей ее функций имеет значение не только для ее членов, но и для общества в целом.

Воспитательная функция семьи состоит в том, что удовлетворяются индивидуальные потребности в отцовстве и материнстве; в контактах с детьми и их воспитании; в том, что родители могут «реализоваться» в детях. В ходе выполнения воспитательной функции семья обеспечивает социализацию подрастающего поколения, подготовку новых членов общества.

Хозяйственно-бытовая функция семьи заключается в удовлетворении материальных потребностей членов семьи (в пище, крове и т. д.), содействует сохранению их здоровья: в ходе выполнения семьей этой функции обеспечивается восстановление затраченных в труде физических сил.

Эмоциональная функция семьи — удовлетворение ее членами потребностей в симпатии, уважении, признании, эмоциональной поддержке, психологической защите. Данная функция обеспечивает эмоциональную стабилизацию членов общества, активно содействует сохранению их психического здоровья.

Функция духовного (*культурного*) *общения* — удовлетворение потребностей в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении, она играет значительную роль в духовном развитии членов общества.

Функция первичного социального контроля — обеспечение выполнения социальных норм членами семьи, в особенности теми, кто в силу различных обстоятельств (возраст, заболевание и т. п.) не обладает в достаточной степени способностью самостоятельно строить свое поведение в полном соответствии с социальными нормами.

Сексуально-эротическая функция — удовлетворение сексуально-эротических потребностей членов семьи. С точки зрения общества важно, что семья при этом осуществляет регулирование сексуально-эротического поведения ее членов, обеспечивая биологическое воспроизводство общества.

С течением времени происходят изменения в функциях семьи: одни утрачиваются, другие появляются в соответствии с новыми социальными условиями. Качественно изменилась функция первичного социального контроля. Повысился уровень терпимости к нарушениям норм поведения в сфере брачно-семейных

отношений (рождениям внебрачных детей, супружеским изменам и т. п.). Развод перестал рассматриваться как наказание за недостойное поведение в семье.

Нарушения функций семьи — это такие особенности ее жизнедеятельности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Способствовать нарушениям может весьма широкий круг факторов: особенности личностей ее членов и взаимоотношений между ними, определенные условия жизни семьи. Например, причиной нарушений воспитательной функции семьи может стать и отсутствие у родителей соответствующих знаний и навыков, и нарушения в их отношениях (конфликты по вопросам воспитания, вмешательство других членов семьи и т. д.).

Структура семьи — состав семьи и число ее членов, а также совокупность их взаимоотношений. Анализ структуры семьи дает возможность ответить на вопрос, каким образом реализуется функция семьи: кто в семье осуществляет руководство и кто является исполнителем, как распределены между членами семьи права и обязанности. С точки зрения структуры можно выделить семьи, где руководство сосредоточено в руках одного члена семьи, и семьи, где явно выражено равное участие всех членов в управлении. В первом случае говорят об авторитарной системе отношений, во втором — о демократической. Различной может быть структура семьи в зависимости от того, как в ней распределены основные обязанности: равномерно или же большая их часть сосредоточена в руках одного члена семьи.

Наиболее распространенная структура семьи в нашем обществе — это семья, включающая взрослых (мужа и жену, нередко кого-то из родителей) и детей, причем в нашей стране для семьи наиболее типично наличие одного-двух детей (Белова В. А., 1975). В большинстве случаев семьи ориентированы на равномерное распределение обязанностей, а также равноправное участие в решении всех семейных проблем. В ходе социологических опросов на предпочтительность такой структуры взаимоотношений указывает большая часть опрошенных (Мацковский М. С., Гурко Т. А., 1986).

Нарушения структуры семьи — это такие особенности, которые затрудняют или препятствуют выполнению семьей ее функций. Например, неравномерность распределения хозяйственно-бытовых обязанностей между супругами является нарушением структуры взаимоотношений в семье, поскольку препятствует удовлетворению ряда потребностей того супруга, который взял на себя основную нагрузку (потребностей в восстановлении физических сил, в культурном, духовном обогащении).

Вопрос о том, что в семье является нормой, а что нарушением, — один из наиболее трудных вопросов в современной науке о семье. Часть семейных психотерапевтов имеют определенное представление, какой должна быть семья, — например, какими могут и должны быть отношения между супругами и каких отношений не должно быть между родителями и детьми (Сальвадор Минухин). Другие четче определяют требования, предъявляемые к семье, — например, необходимость создавать условия для развития личностей членов семьи — «опытная» семейная психотерапия (основоположник этого направления — Карл Витакер). Третьи точнее знают, какой не должна быть семья, — учение о «семейных треугольниках» и о «двойной связи». Наконец, четвертые верят пациенту и помогают ему избавиться от того, что ему мешает, — такова тактика бихевиоризма.

Динамика семьи. Функции и структура семьи могут изменяться в зависимости от этапов ее жизнедеятельности. Существуют различные системы выделения основных этапов жизненного цикла.

Наиболее известна система «стадий», где в качестве основного признака разграничения стадий использовался факт наличия или отсутствия детей в семье и их возраст (Duvall E., 1957). Есть еще целый ряд периодизаций (например, W. Gove, 1973, и A. Barcai, 1981).

Помимо ситуативных стрессов выделяют и те, которые предусмотрены коллизиями развития личности/организма, семьи и других социальных групп, — «нормативные стрессы и стрессоры» (Burnham J. B., 1991) и кризисы развития (Caplan G., 1963). Они могут быть описаны как критические точки прохождения семьи от фазы к фазе в жизненном цикле семьи. Именно в этих точках прежние способы достижения целей, применявшиеся в семье ранее, не способствуют достижению новых потребностей, появившихся у членов семьи.

Семейные системные психотерапевты Варнхилл и Лонго для объяснения того, что происходит с семьей при переходе от фазы к фазе, заимствовали психоаналитические идеи о фиксации и регрессии: во время нормативного стрессора дисфункциональные семьи, вместо того чтобы продвигаться вперед, регрессируют на более ранние фазы развития семьи либо останавливаются в своем развитии, т. е. фиксируются на определенной фазе. Для того чтобы избежать этого, они предлагают семьям проработать проблему переходов: «Как вы это делали, с помощью каких средств, что вы еще не делали?»

Дюваль (Duvall E. M., 1957) выделил следующие фазы в жизненном цикле семьи.

1. Вовлечение. Встреча супругов, их эмоциональное притяжение друг к другу.
2. Принятие и развитие новых родительских ролей.
3. Принятие в семью новой личности. Переход от диадных отношений супругов к отношениям в треугольнике.
4. Введение детей во внесемейные институты.
5. Принятие подростковости.
6. Экспериментирование с независимостью.
7. Подготовка к уходу детей из семьи.
8. Уход детей из семьи, принятие их ухода, жизнь супругов «глаза в глаза».
9. Принятие факта ухода на пенсию и старости.

Нами, Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой, разработана собственная классификация фаз жизненного цикла семьи в сопоставлении с фазами развития других открытых живых систем — личности и психотерапевтической группы (табл. 1 «Сравнительный анализ стадий индивидуального развития личности, групповой психотерапии и жизненного цикла семьи»).

Мы считаем, что живые открытые системы — личности, семьи, группы — изоморфны по структуре развития и разнообразны по содержанию.

В табл. 2 приведены наши данные о мотивах вступления в брак в дисфункциональных семьях. На первом месте (50% опрошенных) было желание уйти от родителей, создав свою семью, а мотив заключения брака по любви обнаружили только 9,7% опрошенных.

Таблица 1

Сравнительный анализ стадий индивидуального развития личности, групповой психотерапии и жизненного цикла семьи

Стадия	Индивидуальное развитие личности	Стадия	Жизненный цикл семьи	Стадия	Групповая психотерапия
Нулевая	Фантазии родителей на тему будущего ребенка (в собственные 4–6 лет, в подростковом возрасте, во время беременности). Переживание тревоги, неуверенности и надежды	Нулевая	Прелюдия семейной жизни. Мотивация брака. Переживание тревоги, неуверенности, надежды	Нулевая	Предгрупповая ситуация. Мотивация участия в групповой психотерапии. Переживание тревоги, неуверенности и надежды
Первая	Отделение и индивидуализация (оральная) — физиологический симбиоз матери и ребенка	Первая	Рождение семьи — психологический симбиоз новобрачных. Проблема зависимости — независимости («МЫ» и «Я»)	Первая	Фаза зависимости и ориентации — симбиоз участников и психотерапевта («он накормит, он решит все мои проблемы»)
Вторая	Зависимость — независимость (анальная)			Вторая	Агрессивно-негативная, переформулирование целей и перераспределение ответственности
Третья	Эдипальные отношения (эдипальная)	Вторая	Семья в ожидании ребенка — рождение ребенка	Третья	Групповая сплоченность. Исследование статусных и ролевых различий
Четвертая	Развитие Эго и психологических защит (латентная)	Третья	Выход ребенка во внесемейные институты — проверка на родительскую компетентность		
Пятая	«Подростковая революция» (генитальная)	Четвертая	Выбор ребенком своего жизненного пути и возможный его уход из семьи	Четвертая	Экзистенциальный выбор (подведение итога собственной работы в группе, обсуждение планов на будущее и т. д.)

Таблица 1. Окончание

Стадия	Индивидуальное развитие личности	Стадия	Жизненный цикл семьи	Стадия	Групповая психотерапия
Шестая	Зрелая личность. Уход из родительской семьи, создание своей семьи	Пятая	Смерть старших родственников		
		Шестая	Смерть семьи (смерть одного из супругов)	Пятая	Окончание группы — выход в обычную внепсихотерапевтическую ситуацию — смерть группы

Таблица 2

Психологические причины формирования дисфункциональных семей

Номер п/п	Мотивы вступления в брак в дисфункциональных семьях	Количество опрошенных супругов (N = 326)	
		Количество опрошенных	Процент
1	Бегство от родителей	160	50
2	Долженствование (вступление в брак из чувства долга)	156	49
3	Одиночество	85	26,6
4	Следование традиции (инициатива родителей)	80	25
5	Любовь	31	9,7
6	Престиж, поиск материальных благ	17	5,3
7	Месть	10	3,1

Со своей стороны мы хотели бы отметить, что на любой фазе развития семьи случаются тяжелые хронические болезни и смерти, которые оказывают сильное влияние на функционирование семьи как целого.

Нормально функционирующие семьи, нормальное супружество. Дисфункциональные семьи и супружество

Нормально функционирующая семья — это семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях как семьи в целом, так и каждого ее члена. Нормы, которыми пользуются эти семьи, либо заимствованы, либо созданы само-

стоятельно и использование их позволяет всем членам семьи удовлетворять все базисные потребности.

Согласно точке зрения Ледерера и Джексона, хорошим браком считается тот, который характеризуется следующими признаками: толерантность, уважение друг к другу, честность, желание быть вместе, сходство интересов и ценностных ориентаций. А. Н. Обозова (1976) считает, что стабильный брак обусловливается совпадением интересов и духовных ценностей супругов и контрастностью их личностных качеств. Хотелось бы добавить, что стабильности семьи способствует также умение членов семьи вести переговоры по всем аспектам совместной жизни.

Дисфункциональные семьи оказываются неспособными удовлетворять потребности друг друга в личностном, духовном росте.

В результате исследования мотивов вступления в брак в дисфункциональных семьях удалось выявить следующие (см. табл. 2).

Мотив «бегство от родителей» часто означал пассивный протест против власти родителей, неспособность воспринимать жизнь во всей ее реальной полноте. Перефразировав слова Э. Фромма, можно сказать, что такой брак скорее является попыткой компенсировать собственную пустоту, нежели способом обогатить жизнь.

Заключение брака по мотивам «долженствование» очень часто означает, что партнерша забеременела или же что половая близость сопровождалась переживанием вины.

Мотив «одиночество» встречался у людей, которые переехали на новое место жительства. Они заключали брак с теми людьми, которых знали ранее или которых рекомендовали сослуживцы («ты живешь один, а у твоей хозяйки есть дочка в Казани. Она такая хорошая и одинокая, смотри...»). В других случаях «одиночество» было следствием переживания экзистенциальной пустоты.

Наиболее часто в работе с дисфункциональными семьями встречались следующие проблемы.

1. *Ошибочный выбор партнера.* Самыми частыми были ожидания, что муж/жена будут напоминать отца/мать.
2. *Незавершенные отношения с родительской семьей.* Супруги, вместо того чтобы советоваться друг с другом при решении проблем, обращались за советом к своим родителям.
3. *Утрата иллюзий* («синдром утопий» — Ледерер и Джексон, 1967). Супруги считали, что они женились по любви и ради любви, но ожидаемого счастья не было. На самом деле в их отношениях преобладала не реальная оценка эмоциональной составляющей, а преувеличенные сексуальные фантазии. Потребность в опеке и доминировании оказывалась важнее реальных сексуальных отношений (проблема пациентов с истерическими расстройствами).
4. *Переживание растерянности.* Почему мы живем вместе? — начинали задумываться супруги. — Потому что хотим этого или потому что обязаны?
5. *Супружеская измена и угроза развода* — один из наиболее частых поводов обращения к психотерапевту.
6. *Сожительство как попытка избежать ответственности* — юридической, финансовой и т. д. Под влиянием различных общественных организаций,

в том числе феминистских, стали популярны идеи, что семья устарела, что на смену ей должны прийти сожительство или «пробный брак». В «пробном браке» в основном удовлетворяются рекреативные потребности, о совместном будущем партнеры не думают. Эта ситуация соответствует немецкой поговорке: «Не обязательно покупать корову для того, чтобы пить молоко». Отказ от семьи как формы регуляции социальных отношений создает тревожную ситуацию. Неслучайно Джей Хейли говорит, что наличие свекров и тестей — единственное, что отличает людей от животных: для многих главными ценностями семейной жизни являются уважение традиций и связь с родительскими семьями (Haley J., 1963).

7. Среди представителей сексуальных меньшинств, наоборот, преобладают требования узаконить их браки и разрешить им усыновление детей.

Стадии супружеских отношений

В результате анализа научной литературы и собственных наблюдений мы выделили следующие фазы супружеских отношений.

1. *Выбор партнера.*
2. *Романтизация отношений.* На этой фазе возлюбленные находятся в отношениях симбиоза, воспринимают в фигуре партнера только достоинства, смотрят друг на друга «сквозь розовые очки». Отсутствует реальное восприятие себя и другого в супружестве. В случае, если мотивация вступления в брак была противоречивой, то многие свойства партнера — психологические, физические и др., которые сначала как бы не замечались, в дальнейшем могут восприниматься гипертрофированно.
3. *Индивидуализация стиля супружеских отношений. Формирование правил.* В результате переговоров (полных и неполных, явных и скрытых) вырабатываются правила, определяющие — кто, каким образом и в какой последовательности совершает в семье определенные поступки. Многократно повторяемые правила становятся автоматическими. В результате этого некоторые взаимодействия упрощаются, а некоторые становятся недостаточно эффективными.
4. *Стабильность / изменяемость.* Супруги ежедневно проходят через различные испытания, каждый день отвечая на вопросы: чему отдать предпочтение? повторить то, что уже стало правилом, или попробовать создать но вое? Необходимый опыт по автоматизации взаимодействий уже накоплен; наверное, можно успокоиться и отдохнуть? В нормально функционирующих семьях тенденция к стабильности уравновешивается тенденцией к изменяемости. В случае ригидной фиксации правил в семье брак приобретает признаки дисфункционального, отношения становятся стереотипными и монотонными.
5. *Фаза экзистенциальной оценки.* Супруги подводят итоги совместной жизни, выясняют степень удовлетворенности/неудовлетворенности прожитыми годами, готовятся вместе или порознь к последнему переходу. Основной итог этой фазы — решение вопроса о том, был ли брак подлинным (и желанным, и гармоничным) или случайным.

Мы намеренно отказались от сообщения возраста членов семьи, когда она входит в ту или иную фазу супружества, так как в разных странах, этносах, культурах, религиях он может быть совершенно разным.

В нашей стране наибольшую известность получила периодизация Э. К. Васильевой (1975), выделившей 5 стадий жизненного цикла:

1. Зарождение семьи: с момента заключения брака до рождения первого ребенка.
2. Рождение и воспитание детей: заканчивается с началом трудовой деятельности хотя бы одного ребенка.
3. Окончание выполнения семьей воспитательной функции: с начала трудовой деятельности первого ребенка до момента, когда на попечении родителей не останется ни одного из детей.
4. Дети живут с родителями, и хотя бы один из детей не имеет собственной семьи.
5. Супруги живут одни или с детьми, имеющими собственные семьи.

Применимость этой периодизации для целей психологического исследования подвергалась сомнению (Алешина Ю. Е., 1987). Представляется искусственным разделение 2-й и 3-й стадий. Начало трудовой деятельности первого ребенка не вносит качественных изменений в жизнедеятельность семьи: сохраняется ее воспитательная функция, а также совокупность отношений, связанных с социальным контролем над детьми, удовлетворение их эмоциональных и прочих потребностей. Другое дело — выход последнего из детей на работу: в соответствии с существующими в большинстве семей представлениями начало трудовой деятельности означает вступление индивида в роль взрослого человека и, следовательно, обретение им полной самостоятельности.

Рассмотрим особенности функционирования семьи на важнейших этапах ее развития.

Зарождение семьи. До момента появления первого ребенка молодая семья решает ряд задач. Важнейшая из них — адаптация супругов к условиям семейной жизни в целом и к психологическим особенностям друг друга. В этот период завершается (если имели место добрачные отношения) или осуществляется взаимная сексуальная адаптация супругов. Значительные усилия на данной стадии развития семьи, как правило, прилагаются для «первоначального семейного обзаведения» (Гордон Л. А., Клопов Э. В., 1972). Речь идет о решении проблемы жилища и приобретении совместного имущества. Наконец, именно на данном этапе развития семьи складываются отношения с родственниками — особенно если молодая семья, как это часто бывает, не имеет собственного жилья.

Процесс формирования внутрисемейных и внесемейных отношений, сближения точек зрения, ценностных ориентаций, представлений, привычек супругов и других членов семьи на данном этапе протекает весьма интенсивно и напряжен но. Косвенное отражение сложности этого процесса — количество возникающих в этот период разводов и их причины. «Немалая часть молодых семей распадается в самом начале совместной жизни. Основные причины этого — неподготовленность к супружеской жизни, неудовлетворительные бытовые условия, отсутствие собственной жилой площади после свадьбы, вмешательство родственников во взаимоотношения молодых супругов» (Дичюс П., 1985).

Семья с детьми, не начавшими трудовую деятельность. За начальной стадией семейной жизни в обычных условиях следует основной, центральный этап жизненного цикла — сложившаяся зрелая семья с детьми. Это период наибольшей активности в сфере быта и домашнего хозяйства. У женщин — матерей несовершеннолетних детей — на ведение домашнего хозяйства уходит значительная часть нерабочего времени; мужчины-отцы уделяют домашнему труду в среднем 1,5–2 часа в день (Груздева Е. В., Чертихина Э. С., 1983; Кличюс А. И., 1987). Одновременно с продолжительностью нарастает напряженность домашнего труда, становится сложнее совмещать домашние обязанности с трудовой деятельностью. На данном этапе значительно изменяются функции духовного (культурного) и эмоционального общения. Перед супругами стоит нелегкая задача — сохранить эмоциональную общность в совершенно иных условиях, чем те, в которых она формировалась (т. е. уже не во время досуга и развлечений, которые играли немаловажную роль на первой стадии развития семьи). В условиях загруженности обоих супругов домашними и трудовыми обязанностями общность их проявляется в гораздо большей мере — в стремлении помочь друг другу, во взаимном сочувствии и эмоциональной поддержке. Особо значима на этом этапе воспитательная функция семьи: обеспечение физического и духовного развития детей ощущается родителями как наиболее важная задача. Неслучайно ряд исследователей разделяет этот этап на несколько: семья с ребенком в первые годы его жизни, семья в период пребывания ребенка в детском саду, семья школьника и т. д. (Barcai A., 1981). Каждая новая ступень в развитии ребенка, с одной стороны, становится своеобразной проверкой того, насколько эффективным было функционирование семьи на предшествующих этапах, с другой — ставит новые задачи, требуя от родителей иных качеств, способностей и умений. Требования к родителям годовалого ребенка и подростка весьма различны.

Для данного этапа развития семьи характерны самые разные проблемы и нарушения. Показательно, что именно в этот период обычно обнаруживается снижение удовлетворенности семейной жизнью (Алешина Ю. Е., 1987). Основные источники нарушений жизнедеятельности семьи в это время — перегрузка супругов, перенапряжение их сил, необходимость перестройки их духовных и эмоциональных взаимоотношений. На смену конфликтности и проблемности, характерным для первого этапа жизни семьи, приходит опасность эмоционального «остывания», различные проявления которого (супружеские измены, сексуальные дисгармонии, разводы по причине «разочарования в характере партнера», «любви к другому человеку») именно на этом этапе наблюдаются наиболее часто. Основные нарушения жизнедеятельности семьи обычно приводят к неэффективности супругов в роли родителей (Чечот Д. М., 1973; Чуйко Л. В., 975; Джеймс М., 1985; Соловьев Н. Я., 1985; Tamir L., Antonucci C., 1981; Schater R., Keeth R., 1981).

Завершающие этапы жизнедеятельности семьи. Когда дети начинают трудовую деятельность и создают собственные семьи, семья родителей прекращает воспитательную деятельность. Попытки ее продолжать чаще всего вызывают сопротивление детей. Наиболее очевидные сдвиги в повседневной жизни семьи связаны с особенностями пожилого возраста. Физических сил все меньше, следовательно, увеличивается потребность в рекреации, все большее значение приобретает отдых. Состояние здоровья супругов ухудшается, и связанные с этим проблемы выходят на первый план, в этом направлении перемещаются интересы,

здесь нередко сосредоточиваются все усилия. В то же время в типичном случае имеет место активное участие членов семьи в домашнем труде и уходе за детьми. Новые роли «бабушек» и «дедушек» требуют особенно много сил в первые годы жизни внуков. Происходит перекладывание части забот на старшее поколение, что обусловлено теми трудностями, с которыми сталкиваются дети на первых этапах жизни в собственных супружеских семьях (Гордон Л. А., Клопов Э. В., 1972).

Завершение жизненного цикла — окончание трудовой деятельности, выход на пенсию, сужение круга возможностей — увеличивает потребность в признании, уважении (особенно со стороны детей). Потребность ощутить свою необходимость и значимость на этом этапе начинает играть особенно заметную роль.

Нарушения жизнедеятельности семьи

На протяжении всего жизненного цикла семья постоянно сталкивается с самыми различными трудностями и неблагоприятными условиями — болезни, жилищно-бытовые неудобства, конфликты с социальным окружением, последствия широких социальных процессов (война, социальные кризисы и т. п.). В связи с этим перед семьей часто возникают непростые проблемы, которые могут отрицательно сказаться на ее жизни.

Неудивительно, что и сами трудности, с которыми сталкивается семья, и их последствия вызывают значительный интерес социологов, психологов, психиатров. Исследования в этой области идут в основном в двух направлениях. Первое — исследование семьи в условиях трудностей, возникших в силу неблагоприятного воздействия социальных процессов: войн, экономических кризисов, стихийных бедствий и т. п. (Angell R., 1936; Cavan R., Ranck K., 1938; Hill R., 1949; Boulding E., 1950). Это направление наиболее широко представлено в предвоенных и послевоенных работах американских исследователей. Второе — изучение «нормативных стрессоров» — трудностей, встречающихся в обычных условиях, связанных с прохождением семьи через основные этапы жизненного цикла, а также возникающих, когда что-то нарушает жизнь семьи: длительная разлука, развод, смерть одного из членов семьи, тяжелое заболевание и т. д. (Russell C., 1974; Wallerstein J., Kelly J., 1975; Sheehy S., 1976). Все эти обстоятельства приводят к многочисленным сложным последствиям — к проявлениям нарушений в жизни семьи. Это, с одной стороны, нарастание конфликтности взаимоотношений, снижение удовлетворенности семейной жизнью, ослабление сплоченности семьи, с другой — умножение усилий членов семьи, направленных на ее сохранение, и возрастание сопротивления трудностям. Исследователями определены сложно опосредованные связи между истинными источниками трудностей и их осмыслением членами семьи; выявилось относительно независимое воздействие на жизнь семьи как объективных трудностей и связанных с ними нарушений, так и субъективного представления о них (Hill R., 1949; Reiss D., Oliveri M., 1980). Среди видов субъективного осознания членами семьи нарушений в ее жизнедеятельности в настоящее время наиболее изучены мотивы семейных конфликтов и разводов (Соловьев Н. Я., 1985), проблемы и поводы обращения в семейную консультацию (Калмыкова Е. С., 1983; Обозова А. Н., 1984; Келам А., Эббер И., 1985; Навайтис Г., 1985; Копьев А. Ф., 1986). В целом семейное нарушение представляет собой сложное образование, включающее факторы, его обусловливающие (трудность, с ко-

торой столкнулась семья), неблагоприятные последствия для семьи и ее реакцию (в частности, осмысление нарушения членами семьи).

Рассмотрим основные моменты, участвующие в возникновении и проявлении семейного нарушения. Речь идет о весьма широком круге обстоятельств, особенностей внешней социальной среды, условий жизни семьи, изменений в личности ее членов, которые затрудняют функционирование семьи или ставят ее перед необходимостью противостоять неблагоприятным изменениям.

Многочисленные трудности, с которыми сталкивается семья и которые угрожают ее жизнедеятельности, можно разделить прежде всего по силе и длительности их действия. Особое значение имеют при этом две группы семейных трудностей: острые (в том числе и сверхсильные) и хронические раздражители. Примером первых может служить смерть одного из членов семьи, известие о супружеской измене, внезапное изменение в судьбе и социальном статусе (например, арест одного из членов семьи), внезапное и сильное заболевание. К хроническим трудностям относятся чрезмерная физическая и психическая нагрузка в быту и на производстве, сложности при решении жилищной проблемы, длительный и устойчивый конфликт между членами семьи и т. п. Можно выделить также следующие группы трудностей, с которыми сталкивается семья: связанные с резкой сменой образа жизни семьи (жизненного стереотипа) и с суммированием трудностей, их «наложением» друг на друга. Пример первых — психологические трудности, возникающие при переходе от одного этапа жизненного цикла к другому (заключение брака и начало совместной жизни, появление ребенка, прекращение семьей воспитательной деятельности). Такие переходы, как правило, сопровождаются довольно резким изменением образа жизни семьи. Пример вторых — необходимость практически одновременного решения ряда проблем в начале второго этапа (сразу после появления в семье первого ребенка) — завершение образования и освоение профессии, решение жилищной проблемы, первичное обзаведение имуществом, уход за ребенком. По источнику возникновения семейные трудности можно разделить на связанные с этапами жизненного цикла семьи (например, сближение идеологий родительских семей у молодоженов); обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла (если молодожены произошли из семей с полярно противоположными идеологиями); ситуационные воздействия на семью (землетрясение, война, перестройка). Через все этапы жизненного цикла проходят «нормативные стрессоры» (Boss P., 1980) — обычные трудности, которые в более или менее острой форме переживают все семьи: на первом этапе жизни — сложности взаимного психологического приспособления; конфликты, возникающие при формировании взаимоотношений с родственниками при решении жилищной проблемы; на втором — задачи воспитания и ухода за ребенком, ведения трудоемкого домашнего хозяйства. Сочетание перечисленных трудностей в определенные моменты жизненного цикла семьи приводит к семейным кризисам.

Несомненный интерес представляют исследования чешских ученых, установивших и описавших два критических периода в жизни семьи (Plzak M., 1973; Kratochvil S., 1985). Первый из них, более интенсивный, наблюдается между 3-м и 7-м годами существования семьи и достигает наибольшей остроты в период между 4-м и 6-м годами. Второй кризис назревает между 17-м и 25-м годами. В обоих случаях наблюдается нарастание неудовлетворенности. Ведущую роль в случае

первого кризиса приобретает фрустрирующее изменение эмоциональных взаимоотношений и как результат — увеличение числа конфликтных ситуаций, рост напряжения как отражение бытовых и других проблем; в случае второго — связанное с отделением детей от семьи нарастание соматических жалоб, тревожности, ощущения пустоты жизни. Выявление кризисных периодов в жизни семьи может иметь немаловажное прогностическое значение, способствовать их смягчению или предупреждать неблагоприятные кризисные проявления.

Трудности, обусловленные неблагоприятными вариантами жизненного цикла, — те, что возникают при отсутствии в семье одного из ее членов (супруга, детей). Причиной может быть развод, длительная разлука супругов, внебрачный ребенок, смерть одного из членов семьи, бездетность супругов. При всем разнообразии вариантов развития семьи отмечается ряд общих источников нарушений. Это, во-первых, функциональная пустота, т. е. ситуация, когда одна из ролей, необходимых для успешного существования семьи, никем не выполняется. Например, с уходом отца из семьи его доля в воспитании уже невосполнима (Титаренко В. Я., 1987). Во-вторых, могут быть трудности адаптации к самому факту, событию, породившему неблагоприятный вариант развития семьи (развод, смерть одного из членов семьи, необходимость воспитывать ребенка вне брака и др.). Противоречивость и многослойность процессов, возникающих в связи с разводом, показаны исследователями на материале социологических исследований восприятия разведенными послеразводной ситуации (Рапопорт С. С., 1985).

К ситуационным нарушениям относятся трудности относительно кратковременные, но создающие угрозу функционированию семьи (серьезные заболевания членов семьи, крупные имущественные потери и т. п.). Значительную роль в психологическом воздействии этих трудностей играет фактор внезапности (семья оказывается неподготовленной к событию), исключительности (легче переживается трудность, затрагивающая многие семьи), а также ощущение беспомощности (члены семьи уверены, что они ничего не могут сделать для того, чтобы обезопасить себя в будущем) (Costell R. et a1., 1981).

Неблагоприятные последствия трудности. Семейное нарушение. Насколько для семьи значима та или иная трудность, зависит прежде всего от того, сколь далеко идущие неблагоприятные последствия она имеет. Например, утрата определенной суммы денег для одной семьи — тяжелое нарушение ее жизнедеятельности, для другой — нет, в зависимости от того, какими средствами эти семьи располагают.

Разнообразны последствия воздействия трудностей на семью, они затрагивают различные сферы жизни семьи — нарушаются воспитательные функции семьи, супружеские отношения и т. п. При рассмотрении нарушений жизнедеятельности семьи учитывается также и то, как они действуют на ее членов: как правило, в результате те или иные потребности оказываются неудовлетворенными, что тормозит развитие личности, обусловливает возникновение нервно-психического напряжения, тревоги. Одним из важных, с точки зрения семейной психотерапии, последствий нарушений является их психотравмирующее действие — неблагоприятное воздействие на психическое здоровье индивида.

Усилия семьи по противодействию нарушениям. Семья, столкнувшаяся с трудностью, более или менее активно противодействует ей, стремится предотвратить ее неблагоприятные последствия. Исследования показывают, что семьи

реагируют на трудности весьма различно. В одних случаях трудности оказывают явно мобилизующее, интегрирующее воздействие; в других, напротив, ослабляют семью, ведут к нарастанию в ней противоречий. Эта особенность реагирования различных семей особенно отчетливо прослеживается в случае «нормативного стрессора» (Rapoport S., 1963; Stierlin H., 1978).

Неодинаковая устойчивость семей по отношению к трудностям объясняется по-разному. Чаще всего говорят об определенном механизме, обеспечивающем успешное противодействие нарушению, — о «механизме решения проблем», о семьях, умеющих решать проблемы (опознавать их, выдвигать версии решения, выбирать из них наиболее удачную). Некоторые ученые выделяют также определенные группы особенностей семьи, благодаря которым она легче приспосабливается к неблагоприятным условиям. Среди таких особенностей — гибкость взаимоотношений, средняя степень четкости в формулировке ролевых ожиданий, сплоченность семьи, открытость в восприятии окружающего мира, т. е. отсутствие тенденции игнорировать какую-то часть информации о мире (Aldous J. et al., 1971; Reiss D., Oliveri M., 1980).

И тот и другой подходы имеют определенные недостатки. Действительно, способность семьи противостоять трудностям и нарушениям в немалой степени зависит от умения ее членов осознавать и решать проблемы, которые обусловлены этой трудностью. Психологические исследования и психотерапевтический опыт подтвердили, что развитие способности семьи к решению тех проблем, с которыми она сталкивается, подготовка к ним повышают стрессоустойчивость семьи. В то же время при таком подходе недостаточно учитывается то обстоятельство, что семейные проблемы имеют особый характер. Нередко их решение определяется не только интеллектуальным принятием какого-то варианта действий: может быть, необходимо определенное самоограничение каждого из ее членов, уменьшение уровня потребления, взятие на себя большей нагрузки, большее напряжение воли, улучшение взаимопонимания и т. д. Эти процессы относятся не только к семейному механизму решения проблемы, но и охватывают самые разные стороны ее жизнедеятельности. Семья реагирует на трудность как целое, как единая система. Что касается второго подхода, то его отличает определенная тавтологичность. Верно, что гибкость, открытость и другие перечисленные выше характеристики содействуют приспособлению семьи к новым трудным условиям, преодолению трудностей. Беда лишь в том, что само наличие у семьи этих качеств нередко устанавливается путем выяснения того, сколь гибко и открыто ведет себя семья, столкнувшись с разными трудностями. Получается замкнутый круг: почему семья хорошо справляется с неблагоприятными условиями? Потому что ей присущи гибкость, открытость. Откуда мы знаем, что ей присущи эти черты? Из наблюдений над тем, как она приспосабливается к трудным условиям.

Теория латентного нарушения

Мы предлагаем несколько иной подход к решению этой проблемы, в центре которого — понятие латентного нарушения. Латентным мы будем называть такое нарушение, которое не оказывает существенного негативного воздействия на жизнь семьи в нормальных условиях, однако играет значительную роль в сложных обстоятельствах, определяя неспособность семьи им противостоять. Как в обычных, так и в необычных условиях члены семьи общаются, испытывая друг к другу

определенные чувства, распределяют между собой права и обязанности и т. д. Но в обычных (благоприятных, а тем более «тепличных») условиях определенные нарушения во всех этих сферах оказываются вполне допустимыми: не слишком значительные нарушения взаимопонимания, умеренно выраженная конфликтность, пониженная способность членов семьи регулировать уровень своих требований друг к другу могут не оказывать значительного влияния на жизнь семьи. Другое дело — в трудных условиях: той степени взаимопонимания и взаимной привязанности, которая существовала в семье, теперь уже оказывается недостаточно. Вот здесь-то и возникает разница в реакции семей на трудности. В семьях, где латентных нарушений нет или они минимальны, оказывается возможной мобилизация семьи, усиление ее сплоченности, активизация совместных действий. В семьях, имеющих такие нарушения, это трудноосуществимо. Семьи без латентных нарушений в этих условиях начинают функционировать лучше, а имеющие их — хуже.

Представление о латентных нарушениях, по нашему мнению, дает возможность более точно и разносторонне понять отношения между семьей и различными трудностями, которым она противостоит. В соответствии с этим представлением трудные условия не просто выступают как фактор, нарушающий те или иные стороны жизнедеятельности семьи, — они прежде всего выявляют латентные нарушения ее жизнедеятельности, а эти нарушения, в свою очередь, определяют реакцию на трудности.

Типы нарушения функционирования семьи, обусловливающие психическую травматизацию личности

Под психической травмой мы, вслед за Канторовичем (Канторович Н. В., 1967), понимаем тяжелые индивидуальные психические переживания, играющие значительную или основную роль в этиопатогенезе, клинике и течении нервно-психических заболеваний.

Семейная психиатрия развивает и конкретизирует учение о психической травме. Это связано с тем, что семья может вызывать нарушения психического здоровья, воздействуя на личность и психические процессы ее членов. Психическая травма — это явление, возникающее на пересечении неблагоприятных воздействий нарушений семьи и психических расстройств личности. Нарушения семьи вызывают психическую травму; развитием этой травмы или реакцией на нее является нервно-психическое расстройство индивида — члена семьи.

Рассмотрим сущность психической травмы и основные закономерности участия семьи в ее возникновении и развитии.

Семья как источник психической травмы

Психическая травма — это прежде всего психическое переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние. Центральное место эмоций в структуре психотравмирующего переживания закономерно, оно обусловлено как важным местом эмоций в организации и интеграции психических процессов, так и их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем личности (Анохин П. К., 1979). Психотравмирующее переживание — это состояние, воздейству-

ющее на личность в силу его выраженности (остроты), длительности или повторяемости. Психотравмирующими являются не любые сильные или потрясающие переживания, а лишь такие отрицательные переживания, которые могут быть причиной определенной клинической патологии (Канторович Н. В., 1967).

Исследования неврозов, реактивных расстройств и других форм пограничных нервно-психических расстройств, в этиологии которых значительную роль играет психотравмирующее переживание, позволяют очертить круг таких состояний. Это состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности (субдепрессивные состояния), тревоги, страха, беспокойства, неуверенности, беспомощности (состояния фобического круга), эмоциональная напряженность, а также сложные совокупности состояний, возникающих при наличии внутреннего конфликта, столкновения индивида с непомерными препятствиями и трудностями (Губачев Ю. М., Иовлев Б. В., Карвасарский Б. Д. и др., 1976).

Важнейшей чертой психотравмирующих переживаний является, как было показано В. Н. Мясищевым (1960), их центральное место в структуре личности, их особая значимость для индивида. «Достаточно взглянуть на любое глубокое переживание человека, чтобы убедиться в том, что в основе переживаний лежат взаимоотношения человека с различными сторонами окружающего, что болезненные переживания являются лишь следствием нарушенных взаимоотношений. Потеря места, клевета, измена супруга, смерть ребенка, неудача в достижении цели, уязвленное самолюбие и т. п. являются источником болезненного переживания лишь в том случае, если они занимают центральное или, по крайней мере, значимое место в системе отношений личности к действительности. Их значимость является условием аффективного напряжения и аффективной реакции» (Мясищев В. Н., 1960).

Важное место в учении о психической травме занимает понятие о патогенной ситуации — совокупности факторов, непосредственно обусловливающих психотравмирующее переживание. «Патогенная ситуация, в соответствии с точным смыслом слова, представляет то положение, в котором оказывается личность, с ее качествами (преимуществами и недостатками), с сочетанием условий, лиц, с которыми она взаимодействует, со стечением обстоятельств, создающих неразрешимый клубок внешних и внутренних трудностей» (Мясищев В. Н., 1960).

Патогенная ситуация может возникнуть в самых различных взаимоотношениях индивида: служебных, трудовых, учебных и т. д. Семейные отношения, как правило, выступают в роли наиболее важных, значимых для индивида, чем объясняется их ведущая роль в формировании патогенных ситуаций и психических нарушений (Ушаков Г. К., 1987). Ведущая роль семьи в возникновении патогенных ситуаций и психотравмирующих переживаний определяется рядом обстоятельств.

1. *Ведущей ролью семейных отношений в системе взаимоотношений личности.* Семья на ранних, наиболее важных для дальнейшего развития этапах жизни индивида является единственной, а позднее — одной из наиболее важных социальных групп, в которые он включен. События в семье в гораздо большей степени «принимаются близко к сердцу», чем аналогичные события в сфере трудовой деятельности, соседских отношений и т. д.
2. *Многосторонностью семейных отношений и их зависимостью друг от друга.* Сферы домашнего хозяйства, досуга, эмоциональных и сексуально-эроти-

ческих взаимоотношений теснейшим образом взаимосвязаны, и попытка внести в любую из них более или менее значительные изменения вызывает «цепную реакцию» изменений во всех других. В силу этой особенности от семейной травмы труднее уйти — у члена семьи при попытке избежать травматизации возникает больше сложностей.

3. *Особой открытостью и, следовательно, уязвимостью члена семьи по отношению к различным внутрисемейным влияниям, в том числе и травматизирующим.* В семье индивид более доступен воздействию со стороны других членов семьи; слабости и недостатки его проявляются наиболее явно.

Психические травмы семейной этиологии, как и любые другие, могут быть единичными и повторными, короткими и длительными (Канторович Н. В., 1967). В то же время сама длительность семейных отношений создает особенно благоприятные предпосылки для длительно действующих, закономерно и часто повторяющихся психических травм.

Наш опыт показывает, что особую значимость при анализе участия семьи в психической травматизации личности имеют случаи устойчивой патогенной ситуации, обусловленной всей совокупностью семейных отношений в данной семье. Индивид воспринимает семейную жизнь в целом как травматизирующую. Травматизирующее переживание становится результатом всех или значительного числа семейных обстоятельств. Такой индивид, например, испытывает чувство крайней неудовлетворенности семейной жизнью, и это чувство обусловлено и сексуально-эротической неудовлетворенностью, и отсутствием общих интересов в сфере досуга, и неудачами в межличностных отношениях — нехваткой симпатии, уважения и т. д. Такое травматизирующее переживание обладает наибольшей длительностью, устойчивостью и, следовательно, наиболее неблагоприятным воздействием.

Обобщение опубликованных данных об участии семьи в этиологии различных нервно-психических расстройств и наш клинический опыт показывают, что среди многочисленных семейно обусловленных травматизирующих состояний особенно важную роль играют четыре вида: состояние глобальной семейной неудовлетворенности, «семейная тревога», семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение; чувство вины. Охарактеризуем эти состояния.

Состояние глобальной семейной неудовлетворенности

Патогенная семейная ситуация, обусловливающая возникновение данного переживания, — резкое расхождение между реальной жизнью семьи и ожиданиями индивида. Следствием этой патогенной ситуации является состояние фрустрации, осознаваемой или неосознаваемой. Фрустрация, в соответствии с общепсихологическими закономерностями ее проявлений, порождает многочисленные последствия (в частности, обусловленные действием разнообразных защитных механизмов), часть которых при их достаточной выраженности и наличии определенных личностных особенностей приводит к различным психогенным заболеваниям. Характер травматизирующего влияния неудовлетворенности в значительной мере зависит от степени осознанности данного состояния.

В случае **осознанной неудовлетворенности** обычно наблюдается открытое признание супругом того, что семейные отношения его не удовлетворяют. Показательным при этом является указание на глобальный характер неудовлетворенности — на то, что семейная жизнь не соответствует даже самым минимальным требованиям: «Наша семейная жизнь одинаково плоха и днем и ночью», «Мне очень не повезло с семьей», «Мы ошиблись, нам не бывает хорошо друг с другом». Как правило, упоминается какое-то весьма важное и психологически объяснимое обстоятельство, мешающее немедленно разойтись (чаще всего — дети или жилищно-бытовые трудности, которые возникнут при разводе). Осознанная неудовлетворенность нередко сопровождается конфликтом между супругами: к констатации неудовлетворенности присоединяются выраженные агрессивные ноты, прямые указания на то, что причиной ее является другой супруг. Травматизирующая роль данного семейно обусловленного состояния связана с конфликтом в семье и будет рассмотрена несколько позднее.

Иначе проявляется **плохо осознаваемая («тлеющая») неудовлетворенность**. Супругом выражается относительная удовлетворенность семейной жизнью: «Живем нормально», «Не хуже, чем другие люди». Неудовлетворенность же выявляется косвенным путем. Во-первых, через выражение чувств и состояний, граничащих с прямой неудовлетворенностью: монотонность, скука, бесцветность жизни, отсутствие радости, ностальгические воспоминания о времени до брака. Основным мотивом поведения в семье выступает необходимость: «Делаешь то, что нужно», «Живешь так, как нужно», «Приобретаем то, что нужно». Во-вторых, неудовлетворенность проявляется в многочисленных жалобах на различные частные стороны семейной жизни. В ходе опроса супругов нередко оказывается, что, несмотря на удовлетворенность жизнью семьи в целом, они недовольны по отдельности всеми сторонами жизни, о которых спрашивает обследующий их врач или психолог: жильем, здоровьем, успеваемостью и поведением детей, проведением свободного времени и т. д. В-третьих, «тлеющая неудовлетворенность» проявляется в ряде специфических феноменов, наблюдаемых в жизни такой семьи. Прежде всего это явление, которое, на наш взгляд, уместно было бы назвать феноменом «капли дегтя». Речь идет о какой-то в большинстве случаев объективно второстепенной проблеме, которая в данной семье разрастается до таких размеров, что способна серьезно снизить удовлетворенность супругов семейными взаимоотношениями. Такой «каплей дегтя» могут послужить взаимоотношения с кем-либо из родственников, проживающих отдельно, или разногласия по второстепенным вопросам организации семейной жизни. Аналогичную роль играют и крупные, значимые проблемы, которые не могут быть решены в данный момент и постоянно ощущаются как важный фактор неудовлетворенности жизнью семьи. Вопреки известной поговорке о капле дегтя, которая всегда портит бочку меда, в семейных взаимоотношениях наблюдается зависимость от качества пресловутого меда: при наличии действительной удовлетворенности семейными отношениями мелкие проблемы относительно легко растворяются, нейтрализуются; происходит адаптация к ним. Супруги привыкают к недостаткам друг друга, приспосабливаются к определенным трудностям семейной жизни. В случае же «тлеющей неудовлетворенности», напротив, указанная мелкая проблема кристаллизует имеющуюся неудовлетворенность. По-видимому, в таких ситуациях проявляются и защитные механизмы индивида. Через эту проблему, и особенно через резкое преувеличе-

ние ее значимости, индивид получает возможность объяснить себе смутно ощущаемую им неудовлетворенность, на самом деле вызванную совокупностью семейных взаимоотношений.

Другой специфический феномен, наблюдаемый в случае «тлеющей неудовлетворенности», — нарастание фрустрации одного или обоих супругов: они сообщают о том, что оба (или один из них) стали «нервными», при этом ими же указывается на какие-то, на их взгляд, объективные причины этого явления (беременность, различного рода трудности, встречающиеся в повседневной жизни).

Особенно наглядно «тлеющая неудовлетворенность» проявляется через эмоциональные взрывы, встречающиеся в семьях такого типа и нередко приводящие к разрушению семьи, а также в ситуациях, когда один из супругов, столкнувшись с возможностью заново организовать свою семейную жизнь (например, в повторном браке), совершенно неожиданно для себя открывает, вопреки прежним своим представлениям, что в действительности все время был несчастлив («не жил, а существовал») и что он, оказывается, «может быть по-настоящему счастлив». Речь при этом идет не только о появившейся возможности более удовлетворительных сексуально-эротических отношений, но и об ином уровне взаимопонимания, более содержательном досуге и т. д. Клинически нами прослежено функционирование «тлеющей неудовлетворенности» в качестве фактора, участвующего в этиологии субдепрессивных состояний при невротических развитиях, в клинике алкоголизма (особенно женского), а также в качестве декомпенсирующего фактора при явных акцентуациях характера (см. главу 5).

«Семейная тревога»

Под «семейной тревогой» понимаются состояния тревоги у одного или обоих членов семьи, нередко плохо осознаваемые и плохо локализуемые. Характерный признак данного типа тревоги — то, что она проявляется в сомнениях, страхах, опасениях, касающихся прежде всего семьи — здоровья ее членов, их отлучек и поздних возвращений, стычек и конфликтов, возникающих в семье. Тревога эта обычно не распространяется на внесемейные сферы — на производственную деятельность, на родственные, межсоседские отношения и т. п. В основе «семейной тревоги», как правило, лежит плохо осознаваемая неуверенность индивида в каком-то очень для него важном аспекте семейной жизни. Это может быть неуверенность в чувствах другого супруга, неуверенность в себе. Индивид вытесняет чувство, которое может проявиться в семейных отношениях и которое не вписывается в его представления о себе.

Важными составляющими «семейной тревоги» являются также чувство беспомощности и ощущение неспособности вмешаться в ход событий в семье, направить его в нужное русло. Типичные высказывания индивидов с «семейной тревогой» ярче всего отражают как раз эту сторону данного состояния. Характеризуя свои семейные отношения, они нередко употребляют такие высказывания: «Чувствую, что, как бы я ни поступил, все равно кончится это плохо», «Часто чувствую себя беспомощным», «Когда я попадаю домой, всегда из-за чего-то переживаю», «Я часто хотел(а) бы посоветоваться, но не с кем», «Часто бывает: хочу сделать хорошо, а оказывается, вышло плохо». Индивид с семейно обусловленной тревогой не ощущает себя значимым действующим лицом в семье, независимо от

Случай 1

«СЕМЕЙНАЯ ТРЕВОГА»

Мария Н., 35 лет, госпитализирована в связи с попыткой совершить «расширенное самоубийство». Узнав, что ее супруг ушел жить к другой женщине (об этом ей сообщил по телефону муж этой женщины), она включила газ в квартире, где находились она и 8-летняя дочь. Самоубийство не удалось благодаря вмешательству соседки, почувствовавшей запах газа и взломавшей дверь в квартиру. От соседей узнала, что против нее должно быть возбуждено уголовное дело за попытку убийства дочери. Под влиянием совокупных травм развилась депрессивная форма реактивного психоза. Больная замкнута, часто плачет, тихим голосом обращается к мужу, укоряя его, обвиняя в происшедшем, неточно ориентирована во времени, жалуется на тоску. В ходе первичного обследования заявила, что поступок мужа был для нее полной неожиданностью, утверждала, что все было хорошо, что он был всем доволен и что во всем виновата женщина, которая его соблазнила. Однако дальнейшие беседы с Н. выявили значительную роль, которую в этиологии ее нервно-психического расстройства сыграла «семейная тревога». Больная рассказала, что в последнее время у нее были плохие предчувствия, она нередко задумывалась, «за что ее муж не любит». Оказалось, что ее не удивляли поступки мужа, которые могли указать на перемену в отношениях: прекращение интимной жизни, его отлучки. И тому и другому она находила удовлетворявшие ее объяснения («Мы уже не молоденькие», «Он очень много работает»). В то же время нарастали неуверенность, растерянность и ожидание «чего-то самого страшного». Когда позвонил муж «той женщины», она, по ее словам, сразу «поняла, что самое страшное произошло».

того, какую позицию он в ней занимает и насколько активную роль играет в действительности. Женщина, фактически выполняющая почти всю домашнюю работу, обеспечивающая жизнь семьи, на вопрос о своей роли в семье отвечает: «Иногда мне кажется, что если бы я вдруг исчезла, то этого никто бы не заметил». Данное семейно обусловленное состояние, как показывают наши наблюдения, во взаимодействии с характерологическими особенностями личности (в частности, явной сенситивной, психоастенической, реже — лабильной акцентуацией) оказывается важным фактором, участвующим в возникновении обсессивно-фобического невроза.

Необходимо отметить также роль данного состояния в этиологии острых аффективных реакций, а также острых и подострых реактивных психозов (в том числе реактивной депрессии). Семейно обусловленная тревога выступает в этих случаях как «фактор почвы», способствуя резкому усилению реакции на патогенную ситуацию. В качестве иллюстрации такой роли «семейной тревоги» приводим следующее наблюдение (случай 1).

Семейно обусловленное непосильное нервно-психическое и физическое напряжение

Чрезмерное нервно-психическое напряжение является одним из основных психотравмирующих переживаний. Большое значение в раскрытии природы этого состояния имеют работы И. П. Павлова. Основываясь на учении о высшей нервной деятельности, он выделил следующие источники перенапряжения: перенапряжение тормозного процесса, подвижности нервных процессов, столкновение (или сшибка) противоположных процессов (Павлов И. П., 1951).

Семья участвует в формировании непосильного нервно-психического напряжения личности несколькими способами.

1. *Создавая для индивида ситуации постоянного психологического давления, трудного или даже безвыходного положения*. Пример — ситуация, в которой находится жена алкоголика: муж держит ее в постоянном страхе, забирает деньги, а она — в силу свойственной ее характеру беззащитности — не в состоянии противостоять ему.
2. *Создавая препятствия для проявления членами семьи определенных, чрезвычайно важных для них чувств, для удовлетворения существенных потребностей*. Во-первых, это могут быть чувства, несовместимые с представлениями члена семьи о его роли: например, невестке может стоить огромных усилий скрывать свою антипатию к свекрови, чувство протеста в связи со стремлением свекрови вмешаться в их с мужем взаимоотношения; невестка прилагает усилия к тому, чтобы сдержать эти чувства, так как уверена, что к свекрови нужно относиться почтительно. Во-вторых, чувства фрустрации, раздражения, агрессии — естественные отражения ситуации в семье, однако их проявление приводит к дальнейшему ее осложнению, поэтому чем неблагополучнее взаимоотношения в семье, тем значительнее усилия, которые приходится прилагать, чтобы их сдерживать. В-третьих, это чувства и потребности, которые семья должна удовлетворять (индивид связывает удовлетворение таких потребностей именно с семьей), однако не делает этого в силу тех или иных обстоятельств. В первую очередь это касается сексуально-эротических потребностей (в случаях сексуальной дисгармонии различной этиологии) и личностно-эмоциональных потребностей (во взаимопонимании, сочувствии и т. д.).
3. *Создавая или поддерживая внутренний конфликт у индивида*. Семья может участвовать в создании у индивида внутреннего конфликта прежде всего тем, что ставит его перед противоречивыми требованиями и возлагает на него ответственность за их выполнение. Примером может быть жена, обвиняющая мужа в нежелании помочь ей вести домашнее хозяйство и одновременно остро критикующая любую его попытку помочь.

Наши наблюдения показывают, что нервно-психическое напряжение членов семьи достигает особой силы и остроты в том случае, если семья периодически возбуждает и поддерживает у индивида определенные стремления, создает у него веру в возможность их реализации, а затем фрустрирует их — с тем чтобы позднее весь этот цикл повторился. Случай этот, как нам представляется, настолько важен, что имеет смысл его специально обозначить как «Танталов комплекс» (см. случай 2).

Характерное проявление данного комплекса в том, что индивид добивается каких то чувств, какого-то отношения от других членов семьи и у него создается (спонтанно или в результате усилий других членов семьи) иллюзия возможности достичь своего; он прилагает массу усилий, однако в последнюю минуту, когда должна «последовать награда», выясняется, что что-то было «не так» и что все его старания напрасны. Отношения и чувства, которых добиваются такие индивиды, могут быть различными: признание авторитета, эмоциональное принятие, эротическая любовь. Различны и лица, от которых индивид добивается этих

Случай 2

НЕПОСИЛЬНОЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ И ФИЗИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ

Павел В., 30 лет, женат 5 лет, имеет сына 4 лет, которого воспитывает мать В. По словам В., жена через неделю после свадьбы откровенно рассказала, что вышла замуж для того, чтобы отомстить другому человеку, который, имея семью, постоянно обещал расторгнуть брак и жениться на ней, но на протяжении нескольких лет тянул с этим. В. тут же потребовал развода, переселился к матери и на протяжении нескольких месяцев избегал встреч. Через несколько месяцев жена добилась свидания с ним, сообщила, что окончательно порвала «с тем мужчиной» и убедила В., что он должен помочь ей «полюбить его всей душой». Отношения, сложившиеся после возвращения В., отличались всеми признаками «Танталова комплекса». «Она не отпускала меня далеко, но и не подпускала близко. Когда видела, что я хочу порвать с ней, становилась доброй и уверяла, что может полюбить меня. У меня появлялась надежда, я начинал все делать для этого, но чем больше прилагал усилий, тем больше чувствовал, что она меня не полюбит». В. откровенно признавал, что нередко, когда он общается с женой, в нем вспыхивает ярость, которую он с огромным трудом подавляет. Приступы ярости В. связывает чаще всего с мыслью, что жена попрежнему втайне надеется на изменение чувств человека, которого любила, и что сам В. для нее только «запасной вариант». «Светлые» периоды характеризуются более теплыми чувствами с ее стороны и возрождением надежды на то, что все может быть иначе. Стремление доказать жене, что он достоин ее любви, заставляло его прилагать большие усилия для скорейшего решения жилищной проблемы, для обеспечения материального благосостояния семьи. В. учился в высшей школе (человек, которого раньше любила его жена, имел высшее образование). Неврастения развилась после того, как он длительно и напряженно готовился к экзаменам, недосыпал. В., человек обычно выдержанный, стал раздражительным, нервным. Настроение упало, «все стало немилым». Сон неглубокий, с частыми пробуждениями. Лечение, проводившееся психиатром, было направлено на устранение астении (глюкоза, витамины, фитин). Терапевтический эффект оказался нестойким. Семейная психотерапия преследовала цель коррекции взаимоотношений и повышения эффективности межличностной коммуникации. Психотерапия привела к коррекции семейных отношений, снятию источника нервно-психического напряжения и тем самым — к существенному улучшению состояния больного.

чувств: супруг, родители супруга, собственные дети. Нами наблюдались случаи, когда описанные отношения и связанные с ними состояния чрезмерного нервно-психического напряжения участвовали в этиологии кардиофобии, патологической ревности и неврастении. Важная особенность действия данного источника нервно-психического напряжения состоит в том, что семейные отношения всячески препятствуют угасанию чувств, вызывают описанные в психологической литературе циклы смены надежды и отчаяния, которые не только поддерживают фрустрируемую эмоцию, но и содействуют ее усилению (Reykowski J., 1968; Leonhard K., 1981).

Чувство вины, связанное с семьей

Чувство вины перед другими членами семьи или перед семьей в целом также может достигать значительной интенсивности в силу таких взаимоотношений в семье, которые в сочетании с характерологическими особенностями индивида могут стать психотравмирующим фактором. Индивид в этом случае (более или менее осознанно) чувствует себя помехой для окружающих, виновником (действительным или мнимым) всех семейных неудач, склонен воспринимать поведение других

членов семьи как обвиняющее, укоряющее, хотя в действительности оно таковым и не является. Типичные высказывания таких пациентов: «Знаю, что другие члены семьи часто бывают очень недовольны мною», «Нередко чувствую себя лишним дома», «У меня ощущение, что своим присутствием я всем мешаю», «Когда попадаю домой, чувствую себя неуклюжим и неловким», «Некоторые члены моей семьи считают меня совершенно бестолковым». Они сообщают, что часто замечают критические взгляды членов семьи, им нередко кажется, что членам семьи неудобно за них перед друзьями и знакомыми.

Такое состояние, так же как и ранее описанные, может быть обусловлено самыми различными и чаще всего плохо осознаваемыми особенностями семейных отношений. Ряд причин его возникновения будет рассмотрен в следующих разделах книги. Поведенческие проявления чувства вины таковы: с одной стороны, «оправдательная активность» — индивид прилагает огромные усилия, чтобы стать полезным семье, оправдать свое существование; с другой стороны, стремление занимать как можно меньше места — минимализм притязаний, крайняя уступчивость, склонность брать на себя вину за действительные и мнимые упущения.

Выявление семейно обусловленных состояний вины имеет большое значение в геронтологической клинике (что связано с психологическими особенностями статуса людей старшего возраста в семье) и сексологической практике (сексуальные нарушения могут быть как источником, так и следствием семейно обусловленной вины), а также в клинике кризисных состояний и в подростковой клинике (декомпенсация ряда характерологических отклонений).

Таким образом, семейно обусловленные психотравмирующие переживания являются тем фактором, который способствует трансформации нарушения жизнедеятельности семьи в нервно-психическое или соматическое расстройство индивида.

Пути выявления семейно обусловленных психотравмирующих состояний

Выявление описанных состояний требует тщательного и вдумчивого ознакомления с жизнью семьи. Особенно информативны при этом прямые (выражаемые вербально) и косвенные (проявляющиеся в интонации, часто помимо воли) оценки различных сторон жизни семьи. Для выявления этих состояний могут использоваться разработанные нами методики.

Первая — «семейно обусловленное состояние» (см. приложение 1) — представляет собой план интервью, специально направленного на выяснение упомянутых состояний. Методика включает 12 оценочных шкал, по которым индивид характеризует свое самочувствие в семье. Эти шкалы отражают изучаемые состояния. Так, напряженность отражают 4 субшкалы: перегруженности обязанностями, нервно-психической усталости, напряженности и расслабленности. Такими же 4 субшкалами характеризуются и другие состояния. Для выявления семейно обусловленных состояний используется то обстоятельство, что, как показывает клинический опыт, они чаще всего проявляются одной своей стороной. Так, пациенты с семейно обусловленной тревожностью не осознают своей тревожности, не признают ее наличия, однако при начале тестирования часто осознают и выра-

жают вербально одно из ее проявлений — ощущение беспомощности. Бывает и по-другому: уже в начале обследования пациент в состоянии осознать свою тревожность, а другие стороны его состояния, в том числе беспомощность, оказываются полностью осознанными только позднее. Этим и определяется ход обследования. Психолог просит пациента охарактеризовать свое место в семье, свои ощущения в ней по всем 12 субшкалам. Затем он обращает внимание на ту субшкалу, показатель которой при ответе получил крайнюю оценку; интервью направляется на «разработку» этой шкалы. Обследуемому задаются стандартные вопросы типа: «Вы сказали, что чувствуете себя в семье очень... (называется получившее крайнюю оценку качество). Это приятное или неприятное чувство? Прошу вас вспомнить несколько случаев или ситуаций из семейной жизни, когда вы чувствовали себя очень... (называется получившее крайнюю оценку качество)». После того как такие случаи указаны и пациент рассказал о них, психолог возвращается к шкалам и просит повторно оценить свое самочувствие в семье. Опыт показывает, что чаще всего пациент уже иначе оценивает свое состояние, многие оценки изменяются, поскольку в результате беседы в его памяти оживают другие обстоятельства и активизируются переживавшиеся в связи с ними чувства. Нередко при второй оценке наиболее выраженным оказывается какое-то другое чувство. Врач аналогичным образом «разрабатывает» оценку и этого чувства, просит вспомнить соответствующие ситуации, случаи. Методика обеспечивает последовательное углубление исследования, движение от хорошо осознаваемых состояний к не до конца осознаваемым. Она позволяет также получить данные об обстоятельствах, определяющих изучаемые состояния.

Семья как фактор, определяющий реакцию индивида на психическую травму

До сих пор речь шла о тех ситуациях, когда семья оказывалась непосредственным источником травматизирующих переживаний. Именно на их выявление направлены многочисленные исследования, изучающие взаимодействие между неудовлетворенностью семьей, напряженностью в ней, наличием конфликтов, с одной стороны, и различными нервно-психическими расстройствами — с другой (Ушаков Г. К., 1987; Bottcher H., 1968; Trnka V., 1974). Но эти исследования касаются лишь малой части ситуаций, в которых семья способствует психической травматизации.

Семья — не единственный источник патогенных ситуаций, они могут складываться и вне ее. Однако это не значит, что семья в этом случае оказывается в стороне. Напротив, она может активно участвовать в процессе травматизации, определяя степень чувствительности индивида, его способность к противостоянию и выбор способа преодоления патогенной ситуации. Все это имеет место и тогда, когда семья является основным источником травматизирующего переживания. В этом случае она и вызывает это переживание, и, в силу других своих особенностей, определяет чувствительность к травме и особенности реагирования индивида на нее.

Как исследователю семьи, так и клиницисту необходимо представлять себе совокупность способов, которыми семья может оказывать влияние на процесс травматизации. Рассмотрим некоторые из них.

1. *Семья как фактор сенсибилизации ее члена к психической травме.* Одна и та же патогенная ситуация может оказывать различное травматизирующее воздействие в зависимости от «почвы», т. е. от личностных особенностей индивида, определяющих его чувствительность к травме. В соответствии с положением В. Маньяна существует обратно пропорциональная зависимость между чувствительностью нервной системы и массивностью психической травмы, необходимой для развития болезни. Чем чувствительнее нервная система, тем менее интенсивной травмы достаточно для нарушения ее деятельности. Это положение было распространено на взаимосвязь реакции и «почвы» в целом, выдвинута концепция континуума реакции — «почвы», в соответствии с которой связь между травматизирующим воздействием и «почвой» характерна для любого патологического процесса (Ушаков Г. К., 1987).



Семинар по семейной психотерапии. Сотрудники курса детско-подростковой психотерапии СПбМАПО, преобразованного впоследствии в кафедру детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Н. В. Александрова, С. А. Кулаков, Э. Г. Эйдемиллер

Семья выступает в качестве фактора сенсибилизации различными путями:

а) через формирование неспособности противостоять психической травме. Изнеживающее воспитание само по себе не травмирует подростка, однако оно делает его чувствительным к фрустрирующим ситуациям, с которыми он позднее столкнется вне семьи. Точно так же скрытая безнадзорность (гипоопека) сама по себе не травмирует психику, но затрудняет формирование волевых качеств личности. Это сенсибилизирует ее, делает уязвимой, например, для алкоголизации;

б) через воздействие на психическую сопротивляемость. Непереносимое нервно-психическое напряжение может не только быть фактором травматизации, но и ослабить способность индивида сопротивляться самым различным психотравмирующим явлениям;

в) через формирование представления индивида о патогенной ситуации и ее оценки. В. Н. Мясищев (1960) неоднократно указывал на огромное значение представления индивида о патогенной ситуации и оценки им этой ситуации. Семья играет важнейшую роль в формировании представления ее членов о самых различных сторонах жизни. Возможны ситуации, представление индивида о которых (сформированное в основном под воздействием членов семьи) объективно оказывается травматизирующим. Например, для подростка с пограничной умственной отсталостью неудача в учебе сама по себе не является патогенной ситуацией, однако становится таковой в силу определенного отношения к ней всей семьи, и особенно родителей, возлагавших на подростка какие-то надежды. Подросток становится на точку зрения семьи, и от этого ситуация приобретает психотравмирующие свойства.

2. *Семья как фактор, закрепляющий действие психической травмы* («хронифицирующее», «аккумулирующее» действие семьи). Психическая травма может вызвать различные реакции как самого индивида, так и семьи. В одних случаях это реакции противодействия — они направлены на скорейшую ликвидацию психической травмы и ее последствий. В других случаях реакции могут быть прямо противоположными — они так или иначе стимулируют травму, утяжеляют ее, затрудняют ее ликвидацию. В результате действия таких реакций травма «хронифицируется», «закрепляется»; неблагоприятные ее последствия аккумулируются, что проявляется в том, что при повторяющихся травмах новая возникает раньше, чем психика успевает ликвидировать последствия предыдущей, поэтому каждая новая травма «накладывается» на все предшествующие.
3. *Роль семьи в формировании индивидуальных способов противодействия травме*. Психическая травма ставит индивида перед необходимостью как-то противодействовать ей. Индивид может избрать рациональные методы противодействия, защитные (вытеснение, проекция) или деструктивные (инфантилизация, фиксация). Семья, как правило, существенно влияет на выбор способа реакции на травму: через представления членов семьи о трудностях и «правильных», «достойных», «наиболее простых» путях их преодоления. Воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция» в семье, которая к тому же поощряет демонстративное поведение, во многом предопределяет реакцию подростка на психическую травму — в данном случае это будет демонстративная реакция.

Итак, семья выступает в качестве важного источника психической травматизации, прежде всего непосредственно участвуя в травматизации. Семья — один из наиболее значимых источников психогенных переживаний личности. Кроме того, существуют различные способы косвенного участия семьи в процессе травматизации — когда она определяет уязвимость своих членов по отношению к травме, длительность последствий травмы, ее устойчивость к терапевтическим воздействиям. В клиническом плане это означает необходимость постоянно иметь в виду весь комплекс возможных видов участия семьи в этиологии психической травмы.

2 НАРУШЕНИЕ ОСНОВНЫХ СФЕР ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ КАК ИСТОЧНИК ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ



Взаимная адаптация. «Продолжение танца»

Нарушение личностных предпосылок нормального функционирования семьи

Появление в семье психически больного. Структурно-функциональные особенности семей с психически больным

Семейная жизнь ставит перед членами семьи ряд весьма трудных задач: необходимо их участие в семейных взаимоотношениях; подчинение нормам поведения, сложившимся в данной семье; деятельность в доме и вне дома по обеспечению материального благосостояния семьи; воспитание подрастающего поколения; решение постоянно возникающих семейных проблем.

Для того чтобы успешно справляться со своими задачами, член семьи должен обладать определенными психологическими качествами. В наличии таких качеств заинтересован и он сам, и вся его семья: чем лучше каждый член семьи справляется с задачами, которые ставит перед ним семейная жизнь, тем лучше функционирует семья в целом. Совокупность психологических качеств, необходимых члену семьи для того, чтобы успешно справляться с проблемами, возникающими в ходе семейной жизни, мы будем называть семейно-необходимыми качествами. Спектр этих качеств весьма широк. Во-первых, это потребности, необходимые для мотивирования участия индивида в жизни семьи, для преодоления трудностей и решения возникающих проблем: потребности в отцовстве и материнстве; широкий круг потребностей, которые должны быть удовлетворены в ходе супружеских взаимоотношений, — потребностей в любви, симпатии, сексуально-эротические потребности, хозяйственно-бытовые и др. Во-вторых, широкий круг способностей, навыков и умений: прежде всего способности, необходимые для понимания другого человека — члена семьи; совокупность навыков и умений, необходимых для поддержания супружеских отношений и воспитания детей. В-третьих, столь же широкий круг волевых и эмоциональных качеств, в том числе качеств, необходимых для регулирования своих эмоциональных состояний, для преодоления состояний фрустрации, умение подчинить сегодняшние желания поставленным целям; терпение, настойчивость, столь необходимые при формировании как супружеских, так и воспитательных отношений.

Такие нервно-психические расстройства у членов семьи, как психопатии, неврозы, расстройства влечений (алкоголизм, ревность), умственная отсталость, психозы, травмируют именно семейно-необходимые качества. По мере развития заболевания у индивида, как правило, постепенно исчезают качества, необходимые для успешного функционирования семьи: наблюдается извращение потребностей, снижение способности понимания других членов семьи, волевых качеств и т. д. Эти личностные нарушения отрицательно воздействуют на семью, вызывая цепную реакцию неблагоприятных изменений. Изменения эти, в свою очередь, становятся фактором травматизации для других членов семьи. Они рикошетом ударяют и по самому индивиду с нервно-психическими расстройствами.

Нарастание нервно-психической и физической нагрузки. Высокая (порой непереносимая) нервно-психическая и физическая нагрузка на семью в целом

и на отдельных ее членов. Высокую нервно-психическую нагрузку, напряжение, тревогу отмечают в качестве одной из важнейших черт в семьях алкоголиков (Jackson D., 1965) и ревнивцев (Терентьев Е. И., 1982). Жалобы на нервно-психическое напряжение, неуверенность в завтрашнем дне, тревогу наиболее часто встречаются при беседе с членами семей этих больных. «Живем в состоянии постоянного нервного напряжения: что еще произойдет, что он еще выкинет»,— эти фразы часто произносят члены семей больных шизофренией, психопатией, алкоголизмом. Скандалы, в том числе в ночное время, неожиданные исчезновения больного из дома, мучительная тревога о том, что еще может случиться,— все эти события делают жизнь такой семьи очень трудной.

В целом ряде исследований, посвященных семьям лиц с нервно-психическими нарушениями, ставится задача — дать более точную количественную и качественную оценку нагрузки на такую семью. Наиболее известные исследования: о последствиях психического заболевания для семьи больного (Clausen & Yarrow, 1955), о последствиях дегоспитализации психически больных (Hoenig & Hamilton, 1966; Freeman & Simmons, 1963), исследования семей, где есть больные шизофренией (Creer & Wing, 1976).

Картина, сложившаяся в результате этих исследований, весьма удручающая. Источники трудностей, о которых сообщили семьи, многочисленны и разнообразны: растерянность из-за полной беспомощности больного, замешательство, вызванное непредсказуемостью его поведения, постоянное беспокойство о его будущем, особенно в силу его неспособности решать свои жизненные проблемы самостоятельно. Родственники живут в состоянии постоянного страха, к которому часто добавляются чувство вины, депрессия, разочарование и фрустрация, а также ярость, вызванная неразрешимостью самой проблемы заболевания, причем такие реакции семьи не есть отклонение или патология, это нормальные человеческие реакции на чрезвычайно сложную, раздражающую, непостижимую и явно неподвластную им ситуацию (Creer & Wing, 1974). Исследования позволили более точно представить структуру трудностей, с которыми сталкивается семья. Хёниг и Хамильтон указали на то, что необходимо различать объективные и субъективные трудности, с которыми сталкивается семья. Объективными трудностями исследователи называют возросшие расходы семьи, неблагоприятное воздействие сложившейся ситуации на здоровье ее членов, нарушения ритма и распорядка жизни семьи, субъективными — разнообразные переживания в связи с психическим заболеванием одного из членов семьи: горе, чувство вины и страха, вызванные ненормальным поведением больного (Hoenig & Hamilton, 1966).

Долл разработал специальный опросник (используя принцип «Теста незаконченных предложений») для того, чтобы определять силу эмоциональной реакции членов семьи на трудности, с которыми они столкнулись (Doll, 1976). Весьма различными оказываются степень и характер тяжести, ложащейся на плечи каждого члена семьи.

Распределение нагрузки между членами семьи

Американская исследовательница Кеннет Теркельсен на основании своих наблюдений над семьями психически больных разработала концепцию «трех уровней вовлечения», описывающую типичную ситуацию, которая складывается в семье психически больного. В соответствии с этой концепцией появление психически

больного в семье приводит к значительному изменению ее структуры и взаимоотношений между ее членами: семья разделяется на три слоя (подгруппы), которые концентрируются вокруг больного и различаются степенью и характером вовлеченности в опеку (Terkelsen K., 1987).

Первый, внутренний, слой — это обычно один человек, чаще всего мать, или сестра, или жена, — тот член семьи, который берет на себя роль главного опекуна и на которого приходится основная тяжесть повседневного ухода, надзора, обслуживания. Жизнь этого члена семьи полностью сосредоточивается на больном. Когда больной в той или иной форме обрывает связь с внешним миром (в виде аутичной или агрессивной реакции), именно этот член семьи становится связующим звеном между ним и миром, это он денно и нощно думает о потребностях и нуждах больного, заботится об их удовлетворении, о том, как его утешить, если он расстроен. Это он чаще других задает вопрос: что именно могло вызвать болезнь: перебирает воспоминания о детских годах пациента, надеясь там найти хотя бы тень ответа, перечитывает записи, замечания учителей, думает о своем собственном поведении и поведении других членов семьи, друзей, учителей и всех тех, кто общался с пациентом, — чтобы понять, что именно дало толчок развитию болезни. Он читает медицинские статьи, слушает передачи, посещает врача и общается с семьями других больных, с тем чтобы узнать хоть что-то полезное, понять, где были сделаны ошибки и как ликвидировать их последствия. На него же обрушиваются обвинения окружающих, недовольных нарушениями в поведении больного. Лучше, чем кто-либо, этот человек знает истинную меру ненормальности больного. Это он ждет у телефона, когда тот убегает из дому. Он всегда мысленно с больным: где он? есть ли у него деньги? где он ночует? когда вернется? вернется ли вообще? Больше других членов семьи он страдает от всех колебаний и перепадов болезни, от любого ослабления и усиления симптомов. Именно он рассказывает о каждом новом нарушении в поведении больного врачу, милиции, социальному работнику — излагая все детали, оправдываясь, жалуясь, прося помощи, обвиняя окружающих в бездействии. Он сталкивается лицом к лицу с занятостью, беспомощностью, наивностью врачей, учителей и всех тех, кто должен был бы помогать ему. Его жизнь — это непрерывный поток дел, связанных с психически больным, все его мысли — о том, что было сделано и что еще должно быть для него сделано. Чем хуже идут дела у больного, тем больше активности требуется от опекуна.

Второй слой вокруг больного — это члены семьи, которые менее непосредственно участвуют в повседневной опеке. Это не значит, что их эмоциональная связь с ним и с его проблемами меньше, — просто они не участвуют в его жизни все время, непрерывно (как главный опекун). Они продолжают работать или учиться. Покидая дом, они откладывают в сторону все, что относится к психически больному, их поглощают другие проблемы, поэтому этот слой заметно отличается от главного опекуна. С одной стороны, колебания в ходе болезни и события в семье, связанные с больным, не так резко вторгаются в их жизнь. Когда они заняты своими профессиональными и учебными делами, все, что связано с болезнью, психологически отдаляется от них. Однако, с другой стороны, они больше боятся момента, когда степень неблагополучия больного заставит их прервать поток своих обычных дел и броситься на помощь главному опекуну. Им труднее оторваться от своих многочисленных профессиональных, учебных, личных и других дел.

В результате они могут начать бояться психически больного и всего, что с ним связано, так как он может стать угрозой всем их планам, увлечениям и т. д. Страх перед больным может перерасти в страх перед главным опекуном. Может начаться осознаваемое или неосознаваемое возведение защитных барьеров перед главным опекуном. У членов семьи, относящихся к данному слою, могут легко появиться «сверхважные» профессиональные и другие внесемейные обязанности, истинная функция которых — хоть в какой-то мере защитить их от больного и связанных с ним чрезвычайных происшествий. Может оказаться, что им совершенно необходимо место, где они могут немного отдохнуть от тягостной атмосферы в доме — одних и тех же разговоров и забот — и от чувства вины перед главным опекуном. Возникает отчуждение между главным опекуном и другими членами семьи. Сплоченность семьи может начать разрушаться.

Третий слой — наружный. Его составляют близкие и дальние родственники, которые знают о проблемах, связанных с больным, интересуются ими, однако практически не имеют с ним повседневного контакта. У них имеется своя концепция заболевания, своя наивная система объяснения причин происходящего («Слишком баловали в детстве — надо было построже» или «Слишком строго воспитывали в детстве — надо было помягче»), они пытаются предложить какие-то меры, нередко также весьма наивные, для того чтобы исправить положение, и испытывают чувство беспомощности, когда члены семьи пробуют следовать их советам и из этого ничего не получается. Их представления очень часто сводятся к тому, что причиной болезни были неправильные действия главного опекуна и других членов семьи. В результате их мнения и поступки осложняют положение главного опекуна и других членов семьи, усиливают их чувство вины и беспомощности.

Нарастание неудовлетворенности членов семьи семейной жизнью

Поведение индивида с нервно-психическим заболеванием, особенности его личности во многом противоречат социальным ожиданиям других членов семьи, их представлениям о том, каким должен быть этот человек — муж, жена, ребенок, поэтому эмоциональная реакция на поведение и многие особенности личности члена семьи с нервно-психическим расстройством — это, как правило, возмущение, раздражение, горечь. Члены семьи часто говорят о том, что им очень не повезло в жизни, что они завидуют другим людям, у которых нормальные мужья, дети. В результате у них развивается описанное выше состояние глобальной семейной неудовлетворенности.

Отметим несколько факторов, которые, по данным исследования семей психически больных, особенно стимулируют эту неудовлетворенность.

Ощущение вины (своей и больного) за болезнь. Семья особенно тяжело переживает болезнь, если ее члены винят себя и больного в том, что произошло. Степень тяжести переживания зависит от представлений членов семьи и других родственников о болезни, ее причинах и о степени вины самого пациента в ее возникновении и продолжении. Кеннет Теркельсен описывает две наиболее часто встречающиеся точки зрения членов семьи психически больного на причины болезни (Terkelsen K., 1987).

Биологическая: семьи, осознанно или неосознанно придерживающиеся этой теории, видят причины болезни в каких-то не зависящих от воли пациента изменениях в его организме. Они могут испытывать большую растерянность перед проявлениями болезни, переоценивать возможности медикаментозного лечения, их нередко терзает страх — за детей (что болезнь передается генетически) или за себя (что болезнь, вопреки всем уверениям врача, заразна). В то же время они не склонны обвинять друг друга в болезни или видеть в ней наказание пациента за его действительные или мнимые грехи.

Психологическая: ее сторонники склонны обвинять себя, и других членов семьи, и самого пациента. Они могут считать, что «мать слишком опекала», «отец был слишком строг», «сестра отвергала», «брат не помогал» и т. д. и что, следовательно, все они так или иначе виноваты в том, что развилась болезнь. Кроме того, имеется определенная агрессивность и по отношению к больному («Когда он хочет, он понимает», «Если бы он сам постарался, дела шли бы лучше») — считается, что он сам виноват в том, что не выздоравливает, так как не прилагает к этому достаточных усилий. В этом случае члены семьи постепенно разделяются на обвиняющих и обвиняемых. Нередко ради своего спокойствия члены семьи стараются не высказывать обвинений вслух и не обсуждать, кто же более всех виноват. Но скрытые взаимные обвинения могут создавать особую атмосферу тягостной тишины вокруг некоторых тем.

Поведение пациента. Второй фактор, имеющий отрицательное мотивирующее воздействие на членов семьи, — это поведение пациента. Ничто, пожалуй, так не радует врача и членов семьи, как послушный пациент, готовый сделать все, что нужно для выздоровления. К сожалению, такой пациент — редкость. Психическое нарушение часто приносит с собой деморализацию, более или менее глубокую утрату самоконтроля и эмпатии по отношению к чувствам других. «Прошло уже много времени, а мы, — говорит об этом мать больного шизофренией (больному 28 лет, из них восемь он болеет), — все еще в состоянии шока. Мы горюем уже не первый год. Мы видели молодого человека, жизнерадостного, привлекательного, умного, интеллигентного, тонко чувствующего человеческие отношения. Теперь же он выброшен из мира, у него нет друзей, он не способен перенести никакого напряжения, вечно встревожен, его всегда преследуют угрожающие голоса...»

Исследования показали, что даже самое причудливое поведение больного члена семьи (несвязная речь, галлюцинации и т. п.) создает не такое сильное напряжение в семье, как его раздражительное, агрессивное поведение.

Длительность болезни. Как начало болезни, так и все ее рецидивы — значимый источник субъективных трудностей для семьи. Большинство психических заболеваний имеют колебания клинических проявлений — временные улучшения сменяются временными же ухудшениями. «Как только вы наконец привыкаете к мысли, что он (больной) — хронический, неизлечимый, наступает улучшение. Как только вы начинаете верить, что ему лучше, наступает ухудшение». Каждое такое изменение глубоко затрагивает семью. Улучшение вызывает всплеск надежд на возвращение нормальной жизни, ухудшение порождает новое глубокое разочарование. Лишь накопление опыта приводит к тому, что семья постепенно освобождается и перестает эмоционально зависеть от временных колебаний в ходе болезни.

Степень нарушения обыденной жизни семьи. Семья — сложная система, в которой каждый член занимает определенное место, участвует в выполнении

конкретных функций, своей деятельностью удовлетворяет потребности других, поддерживает определенные стандарты взаимоотношений. Нервно-психическое расстройство у одного из членов семьи приводит к тому, что эти функции не выполняются, образуются функциональные пустоты, происходит смешение взаимоотношений. Например, обычно отец выполняет в семье ряд чрезвычайно важных семейных функций. Предпосылкой выполнения многих из них служит его авторитет, его личностные качества, в силу которых его поведение является «обучающим», — на его примере дети учатся, как решать различные проблемы, возникающие в ходе их взаимоотношений с окружающими; суждения отца обладают повышенной значимостью, убедительностью для них. Прямой противоположностью в этом отношении является ситуация, когда отец страдает алкоголизмом или обнаруживает психопатические черты характера. Безвольный, агрессивный, несамостоятельный отец, сам требующий опеки, создает «функциональную пустоту» в процессе воспитания. Его детям приходится самостоятельно и, следовательно, с большим трудом находить и вырабатывать нужные качества.

Снижение социального статуса семьи в целом и ее отдельных членов

Семья становится объектом внимания учреждений и организаций, занимающихся борьбой с отклонениями в поведении. Нервно-психическое расстройство одного из членов семьи порождает проблемы не только в семье, но и в ее ближайшем социальном окружении. Свидетелями отклонений в поведении становятся соседи, школа, сотрудники больного — они нередко способствуют тому, что семья оказывается в поле зрения милиции, медицинских учреждений. Формирующееся неблагоприятное общественное мнение о том, к примеру, что в семье имеется индивид, оказавшийся под наблюдением психиатра, ведет к довольно резкому снижению ее социального статуса.

Члены такой семьи обычно стесняются самого факта, что среди них есть человек с психическими нарушениями, всячески это скрывают. Уже самые ранние исследования семей, где есть больной, показали их повышенную чувствительность к реакции социального окружения на их проблему. Обнаруживается своеобразный замкнутый круг: то, что в семье есть психически больной, ощущается как «позор», и это делает такую семью весьма чувствительной, и даже мнительной, по отношению к окружающим, а это, в свою очередь, поддерживает ощущения «отверженности» и «позора» (Clausen &Yarrow, 1955). Как показали наши наблюдения, особенно острой проблемой является то, что повышенной чувствительностью к снижению социального статуса семьи обладает ее младшее поколение — дети школьного возраста, так как они более уязвимы: значительная их часть становится объектом насмешек, групповой обструкции; у них возникают сложности в общении со сверстниками.

Весьма характерным признаком семьи, где есть индивид с нервно-психическими нарушениями, является особый психологический конфликт, возникающий у ее членов. Под влиянием общественного мнения они чувствуют себя ответственными за поведение индивида с нервно-психическими нарушениями. Следует признать, что в прошлом медицинская наука в определенной мере содействовала «обвинительной тенденции» по отношению к семье. При любых психических нарушениях

у ребенка психиатры находили ту или иную степень дисфункции семьи, забывая о том, что дисфункция не обязательно ведет к появлению симптомов психических расстройств.

Результатом общественного мнения о том, что семья должна воздействовать на индивида с целью нормализации его поведения, являются многочисленные попытки оказать воздействие всеми доступными семье средствами. В случае алкоголизации — это конфликты, скандалы, выбрасывание бутылок со спиртным, иногда физическое воздействие. Спиртные напитки перестают держать дома, жена усиливает контроль за расходами мужа, оставляет ему минимум денег, иногда получает зарплату вместе с ним (или за него), апеллирует к общественным организациям (Бехтель Э. Е., 1986). Однако члены семьи ощущают, что их усилия часто оказываются безрезультатными: им противостоит неподатливость алкоголика, психопата, ревнивца. Как правило, общественное мнение по-прежнему не снимает вины за поведение индивида с нервно-психическими нарушениями с членов его семьи. Считается, что они действуют недостаточно энергично, не принимают необходимых «сильных» мер. Такое положение и становится основой внутреннего конфликта у членов семьи.

Феномен «сопровождающего заболевания»

Речь идет о нервно-психическом расстройстве другого или других членов семьи, которое чаще всего менее заметно, так как остается в тени заболевания, более всего нарушающего жизнь семьи. В случае алкоголизма мужа нередко наблюдаются заболевания жены и детей, прямо или косвенно обусловленные неблагоприятной обстановкой в семье (Бехтель Э. Е., 1986). Распространение невротических проявлений родителей на детей подробно прослежено Х. Боттхером (Bottcher H., 1968). Особое значение имеет порождение такой семьей «патологизирующих ролей», в результате чего заболевание передается от индивида с нервно-психическими нарушениями к другому члену семьи (процесс этот будет рассмотрен ниже).

Мы можем констатировать глубокое сходство семей, в которых один из членов имеет выраженное нервно-психическое расстройство, поэтому наряду с понятием «семья алкоголика», «семья психопата» и т. п. оправданно употребление более общего понятия — «семья индивида, имеющего выраженное нервно-психическое расстройство».

Рассмотрим динамику такой семьи. Значительное внутреннее и внешнее давление на нее, неудовлетворенность ее членов своей семейной жизнью, фрустрирующие состояния нервно-психического напряжения, тревоги, вины — все это приводит к тому, что ее структура и отношения в ней весьма неустойчивы. Существующее положение воспринимается как труднопереносимое, и члены семьи напряженно ищут выхода из него. В результате такая семья испытывает очень сильные побуждения измениться. Наблюдения показывают весьма различные тенденции развития таких семей. В одних семьях появление индивида с нервно-психическими расстройствами приводит к постепенному ухудшению обстановки в семье, нарастанию в ней числа факторов, усугубляющих расстройства; в других — приводит к мобилизации семьи, усилению ее стабильности, снижению конфликтности. Оказавшись перед лицом несчастья, каким является психическая болезнь одного из ее членов, такая семья отбрасывает в сторону обиды и сплачивается для помощи больному члену семьи.

Основные направления развития семьи психически больного. «Водораздельная теория»

Выявление факторов, от которых зависит направление развития такой семьи, — вопрос чрезвычайной важности. Проведенные нами клинические исследования семей, в которых имеется индивид с выраженными нервно-психическими расстройствами, позволяют сформировать представление о комплексе факторов, выполняющих роль «водораздела» при развитии обсуждаемого типа семьи — определяющих направления ее развития.

В соответствии с предлагаемой концепцией таким фактором служит прежде всего способность (или неспособность) семьи решить ряд проблем, возникающих при появлении нервно-психических расстройств у одного из ее членов. В случае успешного их решения семья начинает двигаться в «конструктивном направлении», сохраняет свою стабильность и становится семьей, выполняющей новые для нее функции психологической коррекции индивида и опеки над ним. В противном случае семья начинает развиваться в «деструктивном направлении»: ее стабильность снижается, она оказывается не в состоянии корректировать свое воздействие на индивида с нервно-психическими расстройствами. Какие же проблемы должна решать такая семья?

1. Проблема понимания больного и установление уровня требований к нему

В обычной семье ее члены нередко достаточно хорошо знают друг друга (привычки, вкусы, симпатии, антипатии, желания каждого). Эти знания помогают им правильно понимать поступки, намерения друг друга, верно на них реагировать. При возникновении нервно-психического расстройства обычного уровня понимания и знания оказывается уже недостаточно. Для понимания алкоголика, невротика, психопата требуется несравненно более высоко развитая способность познать личность другого. Это связано с необычностью самого объекта. При попытках понять человека с описанными нарушениями мало помогает обычный, повседневный опыт, сформировавшийся в общении со здоровыми людьми. Реакции, переживания, поведение индивида с нарушениями весьма отличны от тех, которые возникают в аналогичных обстоятельствах у здорового человека. Для того чтобы разобраться в психологических особенностях такого члена семьи, необходимо учитывать значительное число факторов, затрудняющих понимание. Это, во-первых, социальные стереотипы «алкоголика», «ревнивца», «психа», которые мешают адекватно оценить личность. Во-вторых, — то, что познание аффективно окрашено: нередко члены семьи смотрят на индивида с нарушениями через призму тех неприятностей и огорчений, которые он им доставляет. В-третьих, личная заинтересованность членов семьи побуждает их в одних случаях преуменьшать, а в других — преувеличивать личностные нарушения.

От глубины и точности представлений членов семьи о психологических особенностях индивида с нарушениями зависит решение чрезвычайно важной проблемы реорганизации взаимоотношений с ним, и в первую очередь изменения требований семьи к нему. Проблема эта заключается в следующем. С одной стороны, индивид с нервно-психическими нарушениями не в состоянии справиться

с теми требованиями к своему поведению, с какими успешно справляется вполне здоровый человек. Повышенно агрессивный человек должен приложить несравненно больше усилий, чтобы сдержать агрессию в конфликтной ситуации. Чем выше уровень его агрессивности, тем шире круг обстоятельств, вызывающих у него агрессивный срыв. Требование окружающих — ни при каких обстоятельствах не допускать таких срывов — может привести к утрате индивидом веры в свою способность сдерживать агрессивность, владеть собой. С другой стороны, ослабление требований, признание того, что он не может управлять своими эмоциями, не ответствен за них в такой же мере, как другие, может привести к ослаблению столь мощного саморегулирующего механизма, как чувство ответственности за свои поступки. Члены семьи стоят поэтому перед необходимостью совершенно точно ориентироваться в возможностях индивида, формировать адекватный уровень требований к нему.

Следует отметить все возрастающий интерес и уважение психиатрической и психологической науки к опыту семьи, в которой есть психически больной. Это и понятно. Ведь семья несравненно ближе знает больного, чем самый опытный, самый наблюдательный врач. Семья нередко проявляет поразительную изобретательность и наблюдательность: ища подход к больному, последовательно придумывает и опробует множество разнообразных вариантов. Поиск идет многие годы, опыт накапливается по крупице. Неудивительно, что опыт обращения с больными в семьях оказывается очень важным, достойным самого внимательного изучения.

Опыт семей, более или менее успешно справляющихся с психически больным, поражает своим богатством и многообразием. Однако нельзя не заметить, сколь он индивидуален и уникален. Эффективность найденных семьей приемов, методов, подходов в большой мере связана с особенностями конкретной семьи, конкретного больного, с ходом его заболевания. Ничто из того, что найдено в одной семье, не может быть автоматически перенесено в другую. Каждый прием хорош и эффективен, но лишь при учете многочисленных «если». Обобщение исследований семейного опыта наглядно иллюстрирует уникальность найденных семьями способов воздействия.

Как управлять причудливым и странным поведением больного? — вот один из сложных вопросов, стоящих перед семьей. По мнению многих, наиболее эффективный подход — это сесть и спокойно поговорить с больным членом семьи. Чаще всего родственники очень осторожно говорят о своей озабоченности поведением больного и внимательно выслушивают все вопросы. Другой полезный подход — напротив, выказать твердость (однако без раздражения или угроз) по отношению к недопустимому поведению. При этом подходе важно установить ясные границы дозволенного и недозволенного. Больному надо постоянно напоминать об этих границах: это может оказаться полезным и поможет ему лучше ориентироваться в окружающей действительности, что, в свою очередь, окажется своеобразным якорем для самоконтроля. Установление ясных границ обусловливает защиту и может усиливать чувство принадлежности к семье. Ограничения внушают больному члену семьи, что он может осуществлять самоконтроль, если действительно этого хочет.

Конфронтация — еще один прием, успешно применяемый некоторыми семьями для того, чтобы справиться со странным и ненормальным поведением больного. Члены семьи прямо говорят о нереальности того, что испытывает больной, что

Случай 3

СЕМЬЯ, НАШЕДШАЯ СПОСОБ РЕАГИРОВАНИЯ НА АНОМАЛЬНУЮ РЕВНОСТЬ

Михаил Н., проходил курс семейной психотерапии в связи с аномальной ревностью.

«Я очень ревнив, моя жена это знает и в чем возможно старается уступить мне, не дать мне повода, терпеливо отвечает на мои, всегда одни и те же, вопросы. Я очень благодарен ей за это. Она понимает, что порой я ничего не могу с собой поделать. Но и чересчур уступчивой ее тоже не назовешь. Когда я начинаю уж слишком придираться, она спокойно, необидно, но твердо говорит: "Ты не прав, и ты сам это знаешь!" и больше не отвечает на вопросы, пока я не успокоюсь.

С первой женой все было значительно хуже. Она высмеивала меня за ревность, ставила в пример неревнивых мужей, а когда ей надоедало, нарочно начинала говорить, что изменяет, чтобы позлить меня».

ошибочные восприятия — это лишь часть его болезни и свидетельствуют лишь о том, что ему срочно нужны медикаменты или лечение. Сопротивление отклонениям в поведении больного, таким образом, снабжает его «зеркалом», которое позволяет ему сохранить дистанцию между своей личностью и проявлениями болезни. Если больной уже показал, что в принципе способен признать свое восприятие не всегда соответствующим действительности, то сопротивление окружающих потере им чувства реальности может помочь ему выработать очень полезный для него способ самоконтроля и способность отличить реальное от нереального (случай 3).

Еще одна возможность, о которой упоминают некоторые семьи, — это «всерьез разозлиться» на ненормальное поведение. Можно, например, отказаться обсуждать паранойяльные идеи, прямо заявив, что они нереальные. Порой оказывается эффективной угроза вызвать милицию — эта крайняя мера может иметь шоковое действие и вернуть индивида к реальности, помочь ему справиться со своими симптомами. Когда конфронтация вызвана искренней заботой о пациенте (и эта забота прямо выражается в словах и поведении, а также в самой атмосфере, в обстановке, которую опекающее лицо создает вокруг пациента), то тогда имеются шансы, что она «сработает».

В тех случаях, когда надо справиться с анормальным поведением, часто используется физический контакт. Прикосновение к больному, массаж шеи, поглаживание — все это может его успокоить. Наконец, семьи указывают на такие методы, как юмор и просто словесное успокоение, которые в состоянии снять страхи индивида с нервно-психическими нарушениями. Некоторые пробуют отвлечь больного — например, взять его с собой на велосипедную или автомобильную прогулку.

Столь же интересны и многообразны способы, применяемые семьями, когда нужно противодействовать антисоциальному и агрессивному поведению, тенденции к самоизоляции, суицидальным тенденциям. Обсуждая каждый из них, можно было бы высказать немало сомнений, указать на ситуации и обстоятельства, когда, например, конфронтация, а тем более «шоковые» заявления бесполезны и даже вредны. Однако верно и то, что в некоторых условиях и ситуациях они могут оказаться весьма и весьма полезными. Все дело в том, что необходимо правильно определять конкретные обстоятельства и условия, а это оказывается возможным лишь в том случае, если члены семьи — хорошие психологи, если они очень хорошо знают больного.

Случай 4

УДАЧНОЕ ВЛИЯНИЕ НА МУЖА

Проходившая совместно с супругом семейную психотерапию (у него — 1-я стадия алкоголизма) Марина Н. так охарактеризовала изменения в своих реакциях на срывы мужа: «Раньше я реагировала, когда он не сдержит слово и напьется. Ругала его, скандалила, стращала, что уйду от него. Теперь я стала умнее, умею определять моменты, когда он может сорваться, и тогда я начеку. Например, перед праздниками он у меня очень податлив. Его можно понять: завтра праздник, все возбуждены, никто толком не работает, в душе какие-то радостные предчувствия, ни о чем плохом не хочется думать. В такой момент и человека покрепче можно сбить с пути истинного. Поэтому накануне без всякой связи с возможной выпивкой мы с ним составляем список всего, что нужно сделать к празднику. В этом плане у него много обязанностей, причем все такие, что мы оказываемся все время рядом».

Перед аналогичной проблемой — установления уровня требований и, следовательно, отношения к происходящим время от времени срывам — оказываются семьи алкоголиков, психопатов и других лиц, характеризующихся нарушением поведения, но в то же время сохранивших в какой-то степени способность контролировать свои эмоции, управлять своим поведением.

При неудачном решении этой проблемы семья безуспешно пытается подавить нежелательные тенденции в поведении. Периоды чрезмерной строгости хаотически чередуются с периодами полного отказа от попыток каким-либо образом влиять на ситуацию; нарастает конфликтность во взаимоотношениях индивида с другими членами семьи. Динамика семьи приобретает деструктивный характер.

При удачном решении проблемы семья начинает двигаться по конструктивному пути, а семейное отношение становится корригирующим; индивид овладевает искусством самостоятельно устанавливать предел своих возможностей в данный момент. Последнее играет значительную роль в сохранении и нарастании его способности работать над собой.

2. Проблема влияния на больного

Члены семьи постоянно влияют друг на друга, побуждают друг друга к одним поступкам и удерживают от других. Средства воздействия могут быть весьма различны: в одном случае это рациональное убеждение (объяснение, почему то или иное поведение выгоднее, более соответствует интересам убеждаемого); в другом — авторитет убеждающего; в третьем — обращение к его дружеским чувствам и т. д.

С появлением нервно-психического расстройства у одного из членов семьи тех средств воздействия на его поведение, которые применялись ранее, оказывается недостаточно. Потребность в алкоголе, мучения ревности, сильная агрессия, жажда приключений гипертимного психопата оказываются чрезвычайно мощными факторами, толкающими к нарушениям поведения. Чтобы удержать индивида от нарушений, семье требуются новые, более эффективные способы склонить индивида к нормальному поведению.

Наблюдения над семьями ясно показывают, что поиск новых средств воздействия имеет место практически в каждой семье, где есть индивид с нервно-психи-

Случай 5

РАСПОЗНАВАНИЕ КОНФЛИКТА И УПРАВЛЕНИЕ ИМ

Владилена Н. проходила совместно с мужем курс семейной психотерапии по поводу декомпенсаций аффективно-взрывчатого типа психопатии у мужа. Характеризуя изменения в своих реакциях на поведение мужа, она отметила: «Раньше наши конфликты бывали очень частыми, резкими, продолжительными. В ходе семейной психотерапии я научилась внимательнее анализировать все, что происходит перед, во время и после конфликта, и нашла несколько неплохих способов предупреждения и гашения конфликтов. Я обратила, например, внимание на начало конфликта. Теперь, если я вижу, что у него затряслись руки и он багровеет, я нахожу способ оттянуть начало конфликта. У меня сейчас для этого наготове простые способы. Одну секунду, говорю я например, кто-то звонит в дверь! Сейчас открою и приду, поговорим. Я возвращаюсь минут через десять, так как “заодно заглянула к соседке”».

ческими расстройствами. Этот поиск нередко приводит членов семьи в кабинет психиатра или в семейную консультацию. «Что еще можно сделать?» — вот вопрос, который член семьи адресует врачу или психологу после того, как перечислил все меры, которые уже были приняты.

В семьях с достаточной психологической культурой, а также при наличии других благоприятствующих факторов (хорошее взаимопонимание между членами семьи, возможность получить психологическую помощь) родственники больного нередко успешно справляются с этой задачей. Для такой семьи характерно, что в этот ее период члены делают ряд «психологических открытий»: «Оказывается, с ним можно разговаривать еще и иначе», «Оказывается, к нему есть еще и другой подход».

Суть этих открытий различна в разных семьях, часто она заключается в переходе от социального контроля *postfactum* к *prefactum* (случай 4).

Оба приведенных высказывания весьма характерны именно с точки зрения расширения членами семьи «репертуара» методов воздействия на индивида с нервно-психическими расстройствами (случай 5).

В случае, если семье не удалось расширить «репертуар», происходит другой, деструктивный по своей сути, процесс. Семья идет по пути наращивания сильных санкций, имеющихся в ее распоряжении. «Вы знаете, — сообщила после некоторых колебаний мать подростка с гипертимно-истероидной психопатией, — мы даже приняли самые строгие меры. Мы посоветовались с мужем, и он “всыпал” сыну так, что тот не мог ходить. Все равно это не помогло. Только еще хуже стало. Он сейчас ненавидит и отца, и меня». После того как надежда на «самые сильные средства» утрачена, семья «складывает оружие», вообще перестает сопротивляться нарастанию нервно-психических расстройств. Окончательно оформляется деструктивное направление ее развития.

Личность индивида с нервно-психическими нарушениями сложна, своеобразна, не похожа на другие, понять ее психологию нелегко даже членам его семьи. При одних заболеваниях важнее оказывается способность семьи понять одни особенности личности больного члена семьи, при других — все может зависеть от ее же способности понять другие особенности его личности. Рассмотрим ряд личностных особенностей, понимание которых семьей оказывается, как показывают исследования, особенно важным.

Сенситивность больного шизофренией и эмоциональный климат в семье. Проведенные в последние годы исследования семей больных шизофренией показали, что наличие или отсутствие рецидива заболевания в немалой степени зависит от того, насколько семья оказывается в состоянии понять и учесть повышенную сенситивность больного.

Впервые об этом говорилось в исследованиях *Medical Research Council's Social Psychiatry Unit in London* (1962). Там же было дано название этому феномену — «выраженность эмоций» (*Expressed Emotions — EE*). Было показано, что в семьях «эмоционально возбужденных», т. е. там, где высок уровень взаимного критицизма и где имела место эмоциональная вовлеченность (*emotional involvement*), рецидив заболевания оказался в 3–4 раза выше, нежели в «спокойных семьях». Из семей с высоким *EE* 58% пациентов на протяжении последующих 9 месяцев перенесли новый шуб. Из пациентов же, которые вернулись в семью с низким *EE*, — только 16% (Brown, Birley, & Wing, 1972). Феномен был перепроверен в ходе более широкого исследования (Brown, Birley, & Wing, 1972; Leff & Vaughn, 1981), и снова оказалось, что уже через 2 года имелась существенная разница между больными, вернувшимися в семьи с низким и высоким *EE*. Дальнейшие исследования *Camarillo/UCLA Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia* подтвердили этот феномен (Vaughn, et al., 1982). Опираясь на эти исследования, Фалун и его сотрудники разработали 2-летнюю программу, которая включала в себя, наряду с медикаментозным лечением, и просвещение семьи — информацию о природе шизофрении, а также обучение семьи эффективному вербальному и невербальному выражению эмоций, формированию навыков решения проблем (Falloon, Boyd, McGill, Strang, & Moss, 1981, p. 63). Все, чему обучали семью, прямо или косвенно обеспечивало ее способность создать «эмоционально щадящую» (т. е. благоприятную для больных шизофренией) атмосферу. Затем на протяжении 9 месяцев исследователи наблюдали за больными в этой и в контрольной группах. Разница оказалась весьма существенна. Только 5% больных из семей, участвовавших в занятиях, и 44% в контрольной группе пережили рецидив заболевания. Сходное исследование было позднее проведено в Великобритании (Berkowitz, Kuipers, Eberlein-Fries & Leff, 1981). Более поздние исследования показали, что если в некоторых странах наблюдается низкий уровень ЕЕ в семьях, то там выше процент благоприятного исхода лечения (Moline, Singh, Morris, 1985; Lefley, 1987). Механизм действия ЕЕ объясняется следующим образом: «Нарастание или повторное появление симптомов шизофрении у лиц, биологически предрасположенных к ней, может быть результатом взаимодействия между количеством стрессоров, с которыми сталкивается больной, и его способностью решать возникающие при этом проблемы. Наличие слишком большого количества стрессоров (например, если члены семьи подвергают больного острой критике) или слишком низкой способности больного справляться со стрессом (не развиты навыки продуктивного решения проблем) может привести к возобновлению симптомов» (Snyder & Liberman, 1981).

Установить, в какой мере семья способна организовать щадящие отношения с больным шизофренией, — важная часть терапии этого заболевания. Полезным в этом случае может оказаться применение несложного тестового задания, оправдавшегося в нашей практике. Оно выполняется обычно при первом же контакте с семьей больного. Низкая способность кого-либо из членов семьи к различению

эмоционально щадящих и эмоционально жестких высказываний — важный момент, который может осложнить ход лечения и поставить под сомнение его результаты. Психиатру необходимо помочь членам семьи больного развить в себе эту способность различать.

Способность семьи организовать эмоционально щадящие отношения в семьях больных шизофренией. Способность члена семьи различать щадящие и нещадящие высказывания

Инструкция члену семьи больного. Все нижеперечисленные высказывания обращены к больному члену вашей семьи. Одно из них более жесткое, другое, напротив, щадящее. Попробуйте установить, какое из каждой пары высказываний является эмоционально щадящим.

а. Ответ	*б. Ответ*
1. Ты сделал это неправильно.	1. Может быть, ты можешь сделать это иначе.
2. Почему ты так говоришь?	2. Извини, я не совсем тебя понял.
3. Мне трудно сосредоточиться.	3. Перестань шуметь на работе.
4. Ты все испортил.	4. Это надо было сделать не так.
5. Ты не прав.	5. Это не совсем так.
6. Я не вижу того, о чем ты говоришь.	6. Тебе все померещилось.
7. Не делай этого.	7. Ты мог бы этого не делать?
8. Перестань надоедать мне.	8. Я бы хотел побыть один.
9. Ты не брал мою книгу?	9. Ты не видел мою книгу?
10. Ты не забыл принять лекарство?	10. Прими лекарство.

Ключ: 1-б, 2-б, 3-а, 4-б, 5-б, 6-а, 7-б, 8-б, 9-б, 10-б. Все эти высказывания являются эмоционально щадящими.

3. Проблема мотивационной перестройки семьи

Как указывалось выше, поведение индивида с нервно-психическими расстройствами, как правило, является для других членов семьи источником сильных отрицательных эмоций, в основе которых — горечь, возмущение, обида, разочарование. Поэтому при появлении в семье индивида с выраженными нервно-психическими расстройствами перед семьей встает нелегкая задача — найти возможность противостоять этим эмоциям. Без решения этой задачи отрицательные эмоции станут доминирующими, и семья будет развиваться в деструктивном направлении: по мере нарастания отрицательных проявлений в личности и поведении будут нарастать антипатия к больному, обида на него (осознанная или малоосознанная), стремление «отделаться» от него.

Источники положительных чувств к индивиду с психическими расстройствами очень зависят как от особенностей семьи, так и от личностей ее членов и могут оказаться весьма различными: материнские или отцовские чувства; сознание, что член семьи в беде и что только близкие могут его спасти; чувство собственной вины за то, что случилось, за то, что не заметили и не обратились к врачам вовремя. Порой мотивом заботы и положительного отношения к индивиду может оказаться

Случай 6

ПОИСК МОТИВОВ, НУЖНЫХ ДЛЯ ОБЩЕНИЯ С ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ

Высказывание матери подростка-наркомана (1-я стадия наркотизации): «Вначале мне было очень тяжело, плохо, стыдно, противно. Я верила, что он станет настоящим человеком, таким, каким был его отец. Оказался он жалким и безвольным. Мне стало легче, когда я встретилась с такими же, как я, матерями наркоманов. Я поняла, что быть матерью и спасать от верной гибели своего ребенка — это не стыдно, а это великий подвиг, великое искусство и великое самопожертвование. Мне кажется, что каждой женщине, которая спасла сына или мужа от этого бедствия, нужно ставить памятник. У меня сейчас много знакомых, которые тоже так считают».

В этом высказывании хорошо прослеживается путь, которым пошла эта женщина, формируя в себе необходимое отношение к подростку с нервно-психическим расстройством. Во-первых, она актуализировала в себе материнское чувство (это проявилось в том, что мать называет 16-летнего сына «ребенком»); во-вторых, активизировала в себе ощущение, что ему угрожает гибель («спасать от гибели своего ребенка»); в-третьих, она подключила к формированию необходимой мотивации свое самолюбие (называет то, что делает для спасения сына, «великий подвиг», «великое искусство» и «великое самопожертвование»); в-четвертых, она организовала круг знакомых, поддерживающих ее стремление помочь сыну, спасти его («у меня сейчас много знакомых, которые тоже так думают»).

интерес к психическому заболеванию и методам его лечения. Однако, вне зависимости от того, что именно становится стимулом положительного активного отношения, самое главное — запускается ли в семье процесс поиска и выработки таких мотивов. Если эти мотивы возникают спонтанно или семья сумела их в себе обнаружить, то имеет место весьма важное с точки зрения психотерапии явление — концентрация внимания семьи на положительных, сохранных сторонах личности индивида с выраженными нервно-психическими расстройствами (случай 6).

4. Проблема перестройки отношений семьи с социальным окружением

По мере нарастания нервно-психических расстройств семья все более нуждается в помощи социального окружения: врача, педагога, психолога. Перед семьей стоит задача установить контакт и взаимопонимание с ними. Такая проблема возникает при самых различных заболеваниях, но в случае нервно-психических расстройств ее решение оказывается особенно трудным.

Установление диагноза есть первый шаг в понимании и лечении болезни. Однако в случае психического заболевания диагноз оказывается самостоятельным источником травматизации как больного, так и семьи. Ведь в отличие от соматических психическое заболевание запускает социально-психологический процесс «этикетирования» семьи, наклеивания ярлыков. В представлениях большей части современного общества такие диагнозы, как «шизофрения», «психопатия», «наркомания», «алкоголизм», — это не точно определенные медицинские проблемы, а скорее аморфные представления о чем-то ужасном. В воображении рисуются яркие картины безумия и безумца. Немалая часть общества ощущает, что на семье, где есть психически больной, «лежит печать». Окружающим кажется, что это не только несчастье, но и позор, они стараются держаться подальше и в то же время напряженно ищут объяснений тому, что происходит в семье. В соответст-

вии с неосознаваемой «концепцией справедливого мира» они стремятся выяснить, в чем заключается вина или ошибка семьи. Только найдя убеждающее их объяснение, они успокаиваются и считают, что знают, как избежать подобной судьбы. В результате этого у членов семьи больного возникает ощущение, что окружающие относятся к ним с осуждением и пренебрежением. Они воспринимают свои проблемы не только как трудные, но и как позорные.

Отношения между семьей и ее окружением осложняются и по другой причине. Нарушения поведения индивида с нервно-психическим расстройством ведут к постоянным конфликтам с его социальным окружением (в школе, в среде соседей, на работе и т. п.). Нередко социальное окружение реагирует на поведение такого индивида с возмущением. Членам семьи приходится выполнять нелегкую «буферную» роль, сглаживать конфликты, восстанавливать и заново налаживать взаимоотношения.

Если семье не удается решить эту проблему, она начинает двигаться по деструктивному пути. Проявляется это в следующих процессах.

1. *Сокрытие, а при невозможности этого — смягчение факта нервно-психических нарушений*. Члены такой семьи отвергают все попытки вмешаться в их взаимоотношения, отрицают правомерность и необходимость подобного вмешательства.
2. *Нарастание конфликтности между семьей и социальным окружением и вследствие этого социальная изоляция семьи*. Приводим характерное высказывание матери подростка с истероидно-эпилептоидной акцентуацией: «Я однажды попыталась все же пойти в школу. Думала, может, учителя мне что-нибудь посоветуют, ведь они постоянно работают с детьми. Когда я зашла в учительскую, у меня было чувство, что на меня набросилась стая бешеных собак. Со всех сторон подбежали несколько учительниц, и каждая выкрикивала свою претензию. Тогда я сказала, что больше я сюда не пойду».
3. *Отказ семьи от ответственности за поведение индивида с нервно-психическим расстройством* и перекладывание ее, например, на школу. Это проявляется в прямых заявлениях о невозможности справиться: «Делайте с ним что хотите, а я уже ничего не могу поделать» или косвенных: например, родители сами хлопочут, чтобы сына скорее взяли в армию.

Пойдя по конструктивному пути развития, семья находит способы установить контакты и со школой, и с медицинским учреждением, и нередко даже с милицией. Родители или супруги зачастую проявляют огромную энергию в поисках людей, которые могли бы помочь им в борьбе за больного члена семьи. Фактически они становятся на путь организации социальной среды. Их усилиями большинство людей, с которыми имеет дело больной, знают о его психологических проблемах, чувствуют себя участниками коррекционной работы с ним.

Все перечисленные проблемы, от решения которых зависит динамика семьи, тесно взаимосвязаны. Обычно чем лучше семья знает социальное окружение индивида с нарушениями, чем активнее его организует, тем лучше понимает и психологические особенности самого индивида; чем лучше семья решает проблему познания психологических особенностей индивида, тем лучше справляется с нахождением дополнительных способов влияния на него. Во взаимосвязи между

всеми проблемами лежит причина того, что динамика семей данного типа оказывается столь своеобразной. Поэтому имеет смысл в рамках обобщенного типа «семьи индивида с выраженными нервно-психическими расстройствами» выделить три подтипа: неустойчивый, конструктивный и деструктивный.

Для первого характерны высокая нервно-психическая нагрузка на семью в целом, отрицательное мотивационное воздействие личности и поведения индивида с нервно-психическими расстройствами на других членов семьи, нарушение семейных взаимоотношений (в частности, возникновение функциональных пустот по причине упомянутых расстройств), снижение социального статуса семьи, давление на семью со стороны социального окружения и возникающий в связи с этим социально-психологический конфликт. В результате всех этих особенностей в семье данного подтипа возникают высокое нервно-психическое напряжение, скрытая и явная неудовлетворенность, выраженное чувство тревоги и вины. Следствием их являются, во-первых, «сопровождающие заболевания» других членов семьи, т. е. нервно-психические расстройства (неврастения, декомпенсация характерологических отклонений); во-вторых, крайняя неустойчивость жизнедеятельности такой семьи, так как она находится под интенсивным давлением внутренних и внешних сил, обусловливающих насущную необходимость скорейшего разрешения неблагополучной обстановки в семье.

Два других подтипа возникают в результате движения семьи под воздействием этих сил. Конструктивная семья хорошо знает личностные особенности индивида с нервно-психическими расстройствами, находит значительные резервы усиления влияния на него. Это семья, в которой организация помощи индивиду с нарушениями стала основной целью, мобилизовала и сплотила всех. Характерной чертой конструктивной семьи являются хороший контакт и взаимодействие с социальным окружением. Деструктивный подтип семьи характеризуется во многом противоположными свойствами. Снятие напряжения и неудовлетворенности, возникших в результате нервно-психического расстройства одного из членов семьи, происходит за счет отчуждения семьи от больного, отказа от ответственности за него; за счет нарастания конфликтов семьи с социальным окружением и стремления к изоляции.

Диагностика направления развития семьи представляет собой важный момент в подготовке к оказанию ей психологической и психиатрической помощи. Облегчить диагностику может разработанная нами шкала, в которую входят суждения, типичные для деструктивного подтипа семьи, и контрастные им, характерные для конструктивного. Использование этой шкалы позволяет установить близость изучаемой семьи к одному из этих типов (см. приложение 3, опросник **«Конструктивно-деструктивная семья» — КДС**).

Основные направления психотерапевтической помощи семье индивида с выраженными нервно-психическими расстройствами

Психотерапевтическая помощь семье данного типа осуществляется в комплексе с терапевтической деятельностью по излечению основного нервно-психического расстройства и со специальными мероприятиями, направленными на семью и за-

висящими от специфики расстройства (т. е. от того, имеем ли мы дело с семьей алкоголика, психопата, невротика или какой-то другой).

Основная задача психотерапевтической помощи при всех видах нарушений и нервно-психических расстройств у членов семьи — помочь семье в решении основных возникающих перед ней проблем и тем самым содействовать ее развитию по конструктивному пути. Значительную роль в этом может сыграть рациональная психотерапия с членами семьи, в ходе которой формируется представление членов семьи о нервно-психическом расстройстве, нарушающем жизнь семьи, раскрываются основные пути преодоления встречающихся проблем. В ходе практической работы с членами таких семей нами выработан своеобразный набор правил для членов семьи, в необходимости соблюдения которых они убеждаются в ходе семейной психотерапии. Опыт показывает, что использование этих правил при рациональной психотерапии позволяет проводить лечение более целенаправленно и организованно. Приведем некоторые из них.

Правило 1. Никогда не теряйте надежду, верьте в победу. Если даже сейчас вам очень тяжело, верьте, что в дальнейшем будет лучше.

Комментируя это правило, мы стремимся убедить членов семьи, что их вера в возможность успеха является чрезвычайно важным психотерапевтическим фактором, что она значительно повышает шансы коррекции. Во время групповых и индивидуальных занятий на конкретных примерах разбираются разные виды утраты веры в успех, показывается, что отчаяние часто неосознанно служит способом переложить ответственность за больного на кого-то другого или призывом о помощи (не всегда эффективным — из-за своей неосознанности), или реализацией агрессивной установки по отношению к больному. Вопрос о том, как поддерживать в себе веру в возможность успеха, также становится предметом обсуждения на групповых занятиях, основная цель которых — добиться, чтобы члены семьи осознали, что их вера не должна быть пассивной, что она требует активных действий, постоянного поиска новых возможностей, новых способов помочь индивиду справиться с нарушениями. «Я понимаю, что моя вера в успех лечения зависит от меня»,— вот мысль, к которой должны прийти члены семьи в результате семейной психотерапии.

Правило 2. Переживайте вместе с больным все его состояния, все тревоги. Вы должны научиться понимать его лучше, чем он сам себя понимает.

Это правило ориентирует членов семьи на решение первой «водораздельной» проблемы — на более глубокое понимание психологических особенностей индивида с нервно-психическим расстройством, на то, чтобы они постоянно учились смотреть на происходящие события его глазами. В ходе групповой психотерапии анализируются основные препятствия для такого понимания (в том числе представление о том, что так понимать — это значит соглашаться с неправильными действиями индивида, закрывать глаза на его слабости); прививается убеждение о необходимости хорошо представлять себе все мысли, чувства, желания индивида, научиться безошибочно предугадывать его поступки. Нередко рациональной групповой психотерапии оказывается недостаточно. Часть членов семьи посещает специальные занятия, цель которых — коррекция семейных представлений более специализированными методами.

Правило 3. Старайтесь завоевать доверие и откровенность.

Это правило также ориентирует членов семьи на решение первой «водораздельной» проблемы. На этом пути они встречаются с немалыми трудностями, причем практика показывает, что наибольшая из них — их реакция на откровенность. Действительно, нервно-психические расстройства, как правило, бывают связаны с нарушениями поведения, и откровенный рассказ больного о совершенных им «прегрешениях» ставит членов семьи в сложное положение: если тут же начать противодействовать — осуждать, воспитывать, то в следующий раз откровенного разговора уже не получится; если же этого не делать, то у больного может возникнуть ощущение, что его поведение одобряется членами семьи, что они прекратили сопротивляться нарушениям. В ходе групповой психотерапии с членами семьи обсуждаются различные выходы из этой сложной ситуации. Цель занятий: научить членов семьи, как помогать больному формировать правильное отношение как к нарушению, так и к своей откровенности. Приведем примеры реакций на откровенность, которые предлагались членами семьи.

- *Реакция «союзник в борьбе»*: «Хорошо, что ты мне откровенно рассказал о том, что произошло. Теперь мы можем вместе подумать, что можно сделать, чтобы это больше не повторилось».
- *Реакция «психологическая помощь»*: «Ты хочешь, чтобы я тебя отругала за то, что ты сделал?»
- *Реакция «откровенность — признак улучшения»*: «Хорошо, что ты откровенно рассказал. Это уже победа, первый шаг».

Правило 4. Внимательно анализируйте опыт своих удач и ошибок. Все время старайтесь искать новые подходы. Присматривайтесь к тому, как находят подход к больному его друзья, знакомые.

Это правило ориентирует членов семьи на решение второй «водораздельной» проблемы — усиление влияния семьи на индивида с нервно-психическим нарушением. Опыт показал, что чрезвычайно полезно ведение специального дневника, в котором фиксируются важнейшие моменты взаимоотношений, закрепляются находки и неудачи. Дневник может вести тот, кто больше других занимается с индивидом.

Правило 5. Борясь за него, ищите союзников. Люди, готовые вам помочь, есть везде, только надо их найти и объяснить им ситуацию. Не обижайтесь на тех, кто вас не понимает и не хочет помочь, не отчаивайтесь. Знайте, что вашим союзником может оказаться учитель, врач, сосед, товарищ, работник милиции.

Это правило нацеливает членов семьи на решение четвертой «водораздельной» проблемы — на организацию социального окружения, налаживание с ним сотрудничества в деле психологической и психиатрической коррекции. В ходе групповых занятий обсуждается опыт семей, которые активно и успешно устанавливали сотрудничество с социальным окружением.

Наличие в семье индивида с выраженным нервно-психическим расстройством оказывает значительное влияние на ее жизнь, на взаимоотношения в ней. Появляются неудовлетворенность, нервно-психическое напряжение, тревога, что

обусловливает неустойчивость семьи и становится источником сильного желания ее изменить.

Задача семейной психотерапии при работе с такой семьей — оказание психологической помощи в решении этих проблем.

Семья психически больного и здравоохранение. Модели взаимоотношений

Психическое заболевание одного из членов семьи в корне меняет ее ситуацию. Опекать такого больного — труд, нередко намного превосходящий силы и возможности семьи. Кроме того, семья оказывается в очень сильной зависимости от врача, от медицинского учреждения: только оттуда можно ожидать указаний, советов, точного диагноза, лечения. Следовательно, взаимоотношения с врачом, координация и кооперация усилий становятся жизненно важной проблемой для семьи.

Существующая в нашей стране система взаимоотношений между врачом и семьей основана на абсолютном главенстве врача, который несет основную ответственность за медицинское обследование и диагноз, назначает лечение (медикаменты, лечебные процедуры, психотерапию), определяет режим для больного, необходимость его госпитализации и т. д. Лечение осуществляется специально подготовленным медицинским персоналом под непосредственным руководством и контролем врача.

Семье в этой модели взаимоотношений отводится второстепенная роль: обеспечивать выполнение наиболее элементарных указаний врача (например, прием лекарств). Причем чем серьезнее случай, тем меньше участие семьи: при достаточно серьезных заболеваниях принимается решение о госпитализации, и в этой ситуации врач берет на себя всю ответственность за результаты лечения. Даже когда какая-то несложная часть лечения доверяется семье, это делается по указанию врача и под его ответственность (важно и то, что эту ответственность он несет прежде всего перед вышестоящим медицинским учреждением, которое контролирует его работу). К сожалению, наши законы и подзаконные нормативные акты допускают участие непрофессионалов в лечении разнообразных заболеваний. Таким образом, с одной стороны имеется квалифицированный, информированный, облеченный властью и ответственностью врач, а с другой — неинформированная и беспомощная семья, робко спрашивающая у врача: «Доктор, на что можно надеяться?»

Следует отметить также, что в последние десятилетия медицинская наука и особенно психиатрия, психотерапия смотрели на семью прежде всего как источник психогений. Огромные усилия исследователей были направлены на то, чтобы выявлять все новые пути, какими семья может травмировать своего члена. В медицинский обиход вошли всевозможные «двойные связи», «патологизирующие роли», «триангуляции» и т. д. Куда меньше внимания уделялось лечебно-оздоровительному потенциалу семьи. Описанная модель взаимоотношений между врачом и пациентом, основанная на «отлучении» семьи от лечебного процесса, существует уже многие годы. Ее правильность в течение всего этого времени не вызывала сомнений, однако в последние годы она оказалась под огнем критики: неоднократно указывалось, что если речь идет о лицах с нервно-психическими нарушениями,

то эта модель весьма нетерапевтична, она создает целый ряд обстоятельств, отрицательно влияющих на ход лечения.

То, что семья не понимает врача, не информирована о сути болезни, чисто исполнительская («таблеточная») роль семьи — все это может быть допустимо в случае соматического заболевания, где все лечение сводится к своевременному принятию медикаментов и участию в лечебных процедурах, и любой член семьи может дать таблетку, не задумываясь о ее составе и действии. Иное дело — больной с нервно-психическими нарушениями. В этом случае чрезвычайно важным (а нередко важнейшим) лечебным фактором оказываются взаимоотношения больного с членами семьи. При этом, в отличие от медикаментозного лечения, отношения в семье чаще всего не могут жестко регулироваться и перестраиваться на основе инструкций, смысл которых членам семьи не вполне понятен. Чтобы сформировать «щадящее», «компенсирующее», «психотерапевтическое», «корректирующее» отношение с больным, члены семьи должны очень хорошо представлять себе суть болезни и знать механизмы лечебного воздействия не хуже, чем знает их врач. Дело в том, что общение с больным, его слова и поведение ежеминутно ставят перед членами семьи все новые и новые вопросы: разрешать — не разрешать, наказывать — не наказывать, сопротивляться или смириться, возражать или соглашаться, выжидать или принимать срочные меры и т. д. и т. п. Каждое такое решение должно быть принято с учетом индивидуальных особенностей личности и заболевания. Идеалом является, конечно же, член семьи, который обладает всей полнотой медицинских знаний.

Нынешняя отечественная модель взаимоотношений больного с психиатром работает в противоположном направлении — в направлении «отлучения» семьи от психиатрических знаний, от их применения и от ответственности за больного.

Во-первых, она делает формирование лечебных взаимоотношений в семье невозможным, так как порождает разницу в представлениях семьи и врача о сути заболевания и роли семьи в его возникновении и коррекции. Известно, что «свято место пусто не бывает»: не имея реальных знаний о заболевании, семья заполняет пустоту своими домыслами, своим опытом и нередко наивным (а порой и очень зрелым) его осмыслением. Весьма поучительны в этом отношении исследования представлений о болезни, сформировавшихся у членов семьи и у медицинского персонала, занимающегося данным больным (Turnbull & Turnbull, 1978; Wasow, 1980,1982; Wasow & Wikler, 1983). Обобщая результаты этих исследований, Агнес Хатфилд пишет, что в настоящее время терапевты и семья — это «разные миры, говорящие на разных языках» (Hatfield A., 1982). Дело не только в том, что врач обладает специальными знаниями, а семья их лишена. Особенно важным оказывается различие позиций относительно больного и болезни: для семьи — постоянное, в высшей степени заинтересованное общение с больным, для врача — редкое и отстраненное. Чрезвычайно интересны в этом отношении исследования семей врачей-психиатров, в которых появился психически больной. Лефли показал, что под влиянием личного опыта у таких врачей наблюдаются многочисленные изменения в их представлении о психическом заболевании (Lefley, 1985).

Во-вторых, такая модель создает одностороннюю зависимость семьи от психиатра. Семья, как мы видели, на каждом шагу нуждается в знаниях и подсказке врача. Врач же, будучи постоянно занят, может консультировать лишь изредка. При этом его указания неизбежно носят очень общий, неконкретный характер,

так как он вынужден давать их сразу «на все случаи жизни». По этой причине семья легко становится объектом обвинений и самообвинений. Любое ухудшение в состоянии здоровья больного члены семьи связывают с тем, что «плохо поняли» или «неправильно выполняли» указания врача. В силу мучительной зависимости от врача (он весьма необходим, но недоступен) легко формируется враждебное отношение семьи к врачу-психиатру. Это подтверждают многочисленные уже исследования отношений семьи к лечащему врачу и к медицинской помощи в целом. Общенациональное обследование семей психически больных и их лечащих врачей, проведенное в США в 1984 г., показало высокий уровень критичности по отношению к медицинскому обслуживанию и большую неудовлетворенность им. Члены семей были более или менее удовлетворены только тем, как врачи относятся к ним и к больному, — но не практическими советами, указаниями и информацией о болезни, которые дают врачи, и не эмоциональной поддержкой, которую они оказывают больному и его семье (Spaniol et al., 1984). Члены семьи постоянно подчеркивают, что врачи не понимают их и что это значительно усложняет ситуацию в семье (Hatfield, 1978, 1982; McElroy, 1985; Spaniol et al., 1984). С другой стороны, и семья не понимает врача, не представляет его реальных возможностей, смысла его действий, соображений, лежащих в основе принимаемых им решений. Свидетельство тому — характерные колебания многих семей от убеждения (в начале заболевания), что от врача зависит очень многое, и если он этого не делает, то лишь потому, что не заинтересован, до убеждения, что от него не зависит ничего и что современная медицина бессильна. Это происходит потому, что семья не осведомлена о реальных возможностях врача и медицины.

В результате в разных странах возникло общественное движение семей психически больных, направленное против указанной модели, — семья стремится стать равным партнером или даже играть ведущую роль во взаимоотношениях «семья — врач», усилить свой контроль над процессом лечения. В условиях современного общества, основанного на рыночной экономике, это движение часто принимает форму консюмеризма: семья стремится приобрести за деньги все то, чего ей недостает, оплачивать тот тип лечения и взаимоотношений с врачом, который ее устраивает.

Исследовательница этого вопроса К. Бернхайм так характеризует истоки этого движения: «Возникновение консюмеризма... отражает, по крайней мере отчасти, глубокое разочарование тем медицинским обслуживанием, которое может быть обеспечено профессиональным здравоохранением... Семья не хочет, чтобы ее воспринимали как “пациента”, она возражает против неравенства во взаимоотношениях с медиками: против того, что от нее скрывается информация, без которой невозможно принимать обоснованные решения (речь идет как о самом лечении, так и о мере участия в нем семьи); против того, что врач концентрируется исключительно на благе пациента, не учитывая ни блага семьи в целом, ни потребностей, целей и планов других ее членов; против того, что она не имеет настоящей возможности влиять на планирование и работу здравоохранения» (цит. по: Morrison, HolddridgeCrane, Smith, 1978).

Движение это отражает и сопротивление семьи бюрократическому подходу к семейным проблемам со стороны медицинских учреждений, и убеждение семей, что они должны иметь право и возможность сами определять свои проблемы.

Результатом неудовлетворенности и разочарования стало возникновение групп взаимной поддержки, участники которых стремились дать друг другу то, чего не могли получить от врача, — взаимную эмоциональную поддержку. Однако очень быстро эти группы начали выполнять и другие задачи, прежде всего защиты интересов данных семей и консюмеризма (Hartfield, 1981a).

Особенно показательно развитие данного движения в США. Примерно 15 миллионов человек принимают участие в полумиллионе групп взаимной поддержки. Эти группы объединены в общенациональные организации (*NAMI*, *NAMH*). Национальный союз психически больных (*National Alliance for the Mentally Ill* — NAMI) предпринял целый ряд шагов по обеспечению нужд семей психически больных и защите их интересов.

Обеспечение семей информацией о психических заболеваниях. Во-первых, в национальном и местном масштабах организованы «конференции» (курсы лекций с последующим их обсуждением). Во-вторых, NAMI организовала выпуск учебников психиатрии для неспециалистов. Среди них — ряд превосходных книг, специально предназначенных для членов семьи, занимающихся опекой (Bernheim & Levine 1979; Bernheim, Levine, & Beale, 1982; Hatfield, 1983b; Kantor, 1982; Torrey, 1983; Walsh, 1985; Woesner, 1983).

Значение этой деятельности NAMI было очень велико. Вооруженные словарем современной психиатрической науки и пониманием различных теоретических концепций и возможностей их практического применения, члены семьи оказались в новых отношениях с врачом — они умеют грамотно задавать вопросы и верно оценивать получаемые ответы. Виллет справедливо замечает, что медицинское обучение семей дало потребителям медицинских услуг мощное орудие защиты от «рыночной эксплуатации» — от плохого врача, от «псевдолечения», направленного лишь на то, чтобы вытянуть из семьи больного как можно больше денег (Willett, 1977). Значительно возросшая информированность членов семьи не уменьшила, а увеличила ответственность врачей за качество лечения. Теперь они имеют дело с семьями, которые хорошо знают свои права и умеют их защищать.

Велико значение другой функции организаций взаимной поддержки — «сети рекомендаций». Не все врачи сумели переориентироваться на новую модель взаимоотношений с семьей. Поэтому NAMI имеет список врачей, которые умеют работать с семьей. Именно они рекомендуются новым семьям, которые впервые столкнулись с проблемой лечения психически больного.

Организации взаимопомощи начали также оказывать значительное влияние на политику в области национального и местного здравоохранения. Они делают это, добиваясь участия своих представителей во всевозможных комиссиях и комитетах, которые принимают решения, касающиеся психически больных и их семей. Представители организаций выступают в роли «сторожевых псов» (Bernheim, 1987) интересов семей, ведут интенсивную лоббистскую деятельность, обеспечивая принятие необходимых нормативных актов. Они способствуют изменению общественного стереотипа в отношении психически больных и их семей: осуществляют общественный контроль над средствами массовой информации, протестуют против утверждающих старый стереотип публикаций, занимаются разнообразной просветительской деятельностью, знакомят общественность с поистине героической жизнью семей, которые посвятили свою жизнь больным родственникам.

Современные программы помощи семье с психически больным

Усилиями общественных организаций (таких, например, как вышеописанные), правительственных учреждений и ученых за последние десятилетия разработаны разнообразные формы помощи семье. Все они так или иначе направлены на усиление ее возможностей и роли в лечении психически больного. Рассмотрим основные направления этой помощи.

Врач-психиатр и изменение его взаимоотношений с семьей. Быстро возрастающая психиатрическая осведомленность семьи, ее способность и готовность отстаивать свои интересы не может не повлиять на ее взаимоотношения с врачом. С одной стороны, это может сильно их усложнять. Исчезают «плацебо-эффекты», которые сами собой возникали в условиях безграничного доверия врачу. Семья (как, впрочем, и врач) далеко не всегда в состоянии оценить истинный уровень своей осведомленности. Она может почувствовать себя равноправным партнером врача в тот момент, когда в действительности им еще не является. С другой стороны, и врач может быть не готов к работе с семьей, критически настроенной и задающей слишком много вопросов, — он вполне может увидеть в этом психологическое сопротивление. Это особенно важно в условиях обострения заболевания, нарушений мышления больного, если действительно встает вопрос, чье слово является решающим, когда речь идет о жизни и здоровье больного. Очевидно, что ни то ни другое не принадлежит ни врачу, ни семье, поэтому юридически очень трудно определить границы ответственности врача и семьи и уточнить их права. В таких случаях решающим оказывается умение врача работать с семьей. Он должен увидеть всю ситуацию — «картину болезни» — глазами членов семьи, установить взаимопонимание, понять их логику и на этой основе принять правильное и взаимоприемлемое решение. Для многих врачей это совершенно новая задача, они не подготовлены к необходимости ее решать ни учебным заведением, которое они заканчивали, ни своим практическим опытом.

В настоящее время происходит развитие систем обучения врачей-психиатров работе с семьей. Разработаны специальные учебные программы, преследующие несколько целей:

1) дать врачу знания и навыки, необходимые для работы с семьей, — психиатров учат лучше представлять себе ситуацию в семьях, опекающих психически больных, причем в качестве преподавателей могут приглашаться члены таких семей (Lewine, 1983);
2) развить понимание лечебных возможностей семьи, преодолеть предвзятое отношение к ней как к исключительно психогенному фактору;
3) развить умение обучать — те дидактические умения и навыки, которые, как мы видели, весьма необходимы для работы с семьей. Немаловажную роль играет подготовка психиатра к решению коммуникативных и других семейных проблем.

Новые требования к врачу, работающему с семьей. Различные исследователи стремятся обобщить многообразные требования к врачу, свести их в единую систему и на ее основе уточнить направление подготовки и переподготовки психиатров. Одна из наиболее известных — систематизация Энтони Зиппла.

Требования к психиатру, работающему с семьей (по Antony M. Zipple, 1987)

Психиатр должен:

1. *Освоить педагогический подход*. Сталкиваясь с проблемами при взаимодействии с семьей, необходимо прежде всего установить, в какой мере они связаны с недостатком у семьи знаний, а в какой — становятся проявлениями сопротивления или «семейной проблемы». Дать семье недостающие знания, сделать это умело, избегая многообразных педагогических ошибок, точно соотнося методы обучения с личностями, с подготовленностью членов семьи и сутью вопроса.
2. *Уметь прояснять цели семьи*. Практический опыт и исследования показали: мнение психиатра о том, чего хочет семья, и то, чего она действительно хочет, — совершенно разные вещи. Психиатр должен научиться прояснять цели семьи. Для этого он должен уметь быть открытым, уметь слушать и адекватно отвечать.
3. *Не склонять семью ни к какому конкретному типу взаимоотношений*. Психиатр не должен пытаться советовать членам семьи, как им жить, каким должно быть распределение ролей. Его цель — подсказать им, как можно самим искать нужный тип отношений.
4. *Честно признавать границы своих возможностей*. Психиатр должен уметь показать членам семьи реальную сложность заболевания, суть решений, которые приходится принимать, а также сомнения, которые остаются при каждом таком решении. У членов семьи не должно быть ни иллюзий, ни неоправданного скепсиса.
5. *Работать в «единой команде» с семьей*. Врач должен развивать идеологию сотрудничества. Он делает все возможное, чтобы помочь семье как можно лучше понять, что происходит с больным, сам же старается учиться у семьи.
6. *Акцентировать возможности семьи, ее положительную роль в лечебном процессе*. Существует немало семей, которые научились справляться с трудностями, развили терапевтически полезные отношения с больным. Врач должен увидеть возможность таких отношений в каждой семье и на этой основе формировать в членах семьи самоуважение и веру в свои силы.
7. *Уметь правильно реагировать на интенсивные эмоциональные проявления в семье*. Чувства членов семьи психически больного напряжены. Разочарования, страхи, раздражение, агрессия могут быть глубоко скрыты, подавлены и в любой момент вырваться наружу — в приступах отчаяния и ярости, в обидах и обвинениях. Психиатр должен уметь отвечать на эти чувства сочувствием и пониманием, а не защитной реакцией.
8. *Помогать здоровым членам семьи думать о себе, о своем личностном развитии*. Родные постоянно ощущают свою вину за то, что недостаточно внимания уделяют больному. Психиатр должен разрешить им уделять больше внимания и энергии самим себе.
9. *Помочь в медицинском самообразовании*. Психиатр должен хорошо знать литературу (учебники, статьи, рекомендации и т. д.), написанную для неспециалистов. Он должен иметь ясное представление о курсах и семинарах, где члены семьи могут приобрести необходимые им знания и навыки.

10. *Дать семьям наиболее полную информацию о самых различных возможностях лечения и медикаментах.* Такая информация помогает членам семьи преодолеть свое сопротивление психотерапии.
11. *Обеспечить информацией о местных возможностях.* Необходимо всячески стимулировать семьи максимально использовать все имеющиеся возможности: получать финансовую помощь и консультации, обращаться в местные группы взаимопомощи, организации и правительственные учреждения, призванные помогать семьям психически больных.
12. *Лично участвовать.* Врач должен быть готов к тому, что случайных кратковременных визитов недостаточно для того, чтобы успешно работать с семьей. Он должен стать «своим человеком» в семье, готовым в любую минуту прийти на помощь.

Основные формы помощи семье

Информационная помощь. Уже говорилось о том, сколь острой является потребность семьи в информации. Информационный подход ставит своей целью удовлетворение этой потребности и осуществляется в виде различных курсов, семинаров для семей, лекториев. Все они имеют различные программы, однако целый ряд пунктов присутствует в каждом: этиология, симптоматика, лечение (как медикаментозное, так и психотерапевтическое) заболевания и реабилитация после него (Bernheim, 1982; McLean, Greer, Scott & Beck,1982; Plummer, Thornton, Seeman, & Littman, 1981).

Одна из наиболее известных — модель, в которой образовательная программа для родственников тесно связана с курсом медикаментозной терапии для больных, цель которого — снизить их чувствительность к неблагоприятному воздействию окружающей среды, тогда как цель образовательной программы — дать необходимые знания, повысить уверенность членов семьи в своей способности справиться с возникшими проблемами, обеспечить наиболее терапевтически благоприятные взаимоотношения семьи с пациентом.

Образовательная программа (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980, 1981, 1983) состоит из четырех частей.

1. *Присоединение* — личная встреча с семьей, ознакомление врача с положением больного в семье и с опытом общения с больным, уже имеющимся у семьи. Врач утверждается в роли союзника и партнера семьи.
2. *Однодневные курсы*: несколько лекций, цель которых — передать важнейшие знания о болезни и ее лечении.
3. *«Семейные сессии»*, которые имеют место каждые 2–3 недели на протяжении полугода и на которых обсуждается, как удается осуществлять все то, о чем говорилось в течение однодневных занятий.
4. *Обсуждение результатов* программы в целом и принятие решения о завершении или продолжении ее. Многие семьи принимают решение продолжать и нередко посещают занятия еще 1,5–2 года.

Авторы программы тщательно следят за ее результативностью. Итоги весьма обнадеживают. Рецидив заболевания у больных из семей, посещавших курсы, — менее чем 10% по сравнению с 34% в контрольной группе (Anderson et al., 1981).

Другой пример — программа работы с семьями, разработанная А. Хартфилд (Hartfield, 1982). Она содержит 6 двухчасовых семинаров, темы которых:

1) значение психического заболевания для семьи;
2) понимание природы психического заболевания;
3) лечение;
4) создание щадящей обстановки;
5) реагирование на аномальное поведение;
6) реабилитация.

Все образовательные программы имеют ряд общих достоинств:

1) они обеспечивают семью именно той информацией, которая, как показывают опросы семей, им более всего нужна;
2) подчеркивают первоочередную необходимость обучения семьи, которое усиливает ощущение семьей своей самостоятельности и противодействие процессу этикетирования;
3) формируют конструктивный тип взаимоотношений с врачом, основанный на взаимном информировании и общей ответственности за лечение.

Подход, направленный на развитие у членов семьи навыков эффективной опеки. При этом подходе основное внимание уделяется формированию у членов семьи ряда практических навыков, наиболее им необходимых, чаще всего — эффективного общения в семье, умения четко определять границы поведения пациента (отделять дозволенное от недозволенного), техники применения наказаний и поощрений, умения установить тип аномального поведения, хотя большинство таких программ, конечно же, дает членам семьи и определенную информацию о болезни и ее лечении.

Наиболее известная программа данного направления — это программа работы с семьями психотических больных, подготовленная в США в *Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia* (Falloon, Liberman, Lillie & Vaughn, 1981; Liberman, Aitchison & Falloon,1979). Здесь была разработана система занятий для семьи и больных ее членов и исследованы ее результаты. Программа рассчитана на 10 недель, по 2 часа в день.

Цель программы — развить способность членов семьи решать свои проблемы (в особенности связанные с больным) и улучшить эмоциональный климат в семье. Основным средством для этого является развитие навыков общения. В этой части авторы программы опирались в основном на результаты исследований по развитию экспрессивных навыков (Brown, Birley & Wing, 1972; Leff & Vaughn & Snyder, 1979).

Занятия первой и второй недели — полностью информационные и посвящены сути психического заболевания (в основном шизофрении) и его лечению. С третьей недели по восьмую члены семьи обучаются технике решения проблем и эффективной коммуникации. Основное внимание при этом уделяется таким навыкам, как умение слушать, выражение позитивных и негативных чувств, уход за больным. Девятая неделя — «обзорная». После нее — перерыв в занятиях на 3 месяца, и затем в течение последней недели занятий происходит обмен опытом между семьями и общее подведение итогов.

Параллельно по аналогичной программе ведутся занятия с больными членами семьи. Основная их задача — развитие коммуникационных способностей и умения решать проблемы. Каждое занятие состоит из трех частей: описание навыка, который надо сформировать, практические упражнения и домашнее задание.

Выявлено, что у больных, которые вместе с семьями участвовали в таких занятиях, частота появления рецидива на протяжении последующих 12 месяцев существенно меньше, чем в контрольной группе (Falloon at al.,1982; Falloon, Boyd & McGill, 1984).

Другой пример — кратковременная программа Гольдштейна и Копейкина (Goldstein & Kopeikin, 1981), где формирование навыков у семьи было скоординировано с медикаментозным лечением. Этот курс проводился после выхода больного из лечебного учреждения. Длительность курса — 6 недель. Членов семьи учат четырем вещам:

1) опознавать ситуации, которые являются стрессовыми для пациента;
2) нейтрализовывать эти ситуации или избегать их;
3) вести себя с больным, оказавшимся в стрессовой ситуации;
4) планировать (организовывать) быт семьи таким образом, чтобы создать больному наиболее эмоционально щадящую обстановку.

Исследование результатов применения данной программы показало ее высокую эффективность.

Все программы, формирующие навыки эффективной опеки, ориентируют семью на то, что опека психически больного — это прежде всего деятельность, требующая определенных навыков, умений и в конечном счете мастерства. Так же как и образовательные, эти программы противодействуют формированию отрицательного отношения к семье с психически больным, основанному на предрассудках. Они дают членам семьи средства и умение справляться с самыми сложными для них ситуациями.

Поддерживающий подход. При таком подходе не ставится задача чему-то научить. Основные усилия направлены на то, чтобы члены семьи знали, что они не одиноки, что другие люди понимают их ситуацию и сочувствуют им; у них появляется возможность поделиться своими переживаниями и услышать слова поддержки.

В отличие от двух предшествующих подходов, которые были разработаны профессионалами (врачами, психологами, социальными работниками), этот подход возник и развился спонтанно. Основную роль здесь сыграли группы взаимопомощи, позднее объединившиеся в Национальный союз психически больных (Hartfield, 1981).

Подход оказался чрезвычайно эффективным. При общенациональном исследовании участников групп взаимопомощи 75% заявили, что группы взаимопомощи были очень полезны, и 33% — что они были для них самым важным источником поддержки.

Профессионалы также предприняли ряд интересных попыток создать свои варианты групп поддержки. Интересную модель разработали Бялин, Джед и Леман. Они поставили перед собой цель «развить способность семьи и пациента бороться со стрессами, возникающими при опеке психически больного, не ставя, однако, информативных и педагогических задач» (Byalin, Jed & Lehman, 1982).

Основой в данном случае оказываются периодические визиты врача, как правило, не обусловленные необходимостью: врач приходит как гость. Две темы разговора оказываются при этом наиболее важными: во-первых, врач объясняет членам семьи, что они — «жертвы трагедии, а не виновники ее»; во-вторых, прямо говорит о том, что исключительно медицинскими методами в данном случае не обеспечить быстрого и эффективного излечения; кроме того, врач беседует на любые темы, которые интересуют семью. Последующее исследование показало, что члены семьи весьма довольны такими визитами и что имеет место уменьшение процента рецидивов болезни.

Комплексный подход. Когда существует три разных подхода и каждый из них эффективен, естественно возникает мысль объединить их и добиться максимального успеха. Именно эта мысль легла в основание комплексной программы, сочетающей информирование, обучение и эмоциональную поддержку (Leff, Kuipers, Berkowitz, EberleinFries & Sturgeon, 1982).

Была разработана модель, состоящая из трех частей. Во-первых, семьи прослушивают четыре лекции по этиологии, симптоматике и прогнозу психического заболевания (в данном случае шизофрении). Во-вторых, они участвуют в занятиях, в ходе которых учатся приемам взаимной поддержки, делятся друг с другом переживаниями, опытом, проблемами и их решениями. В-третьих, с каждой семьей проводится от 1 до 25 индивидуальных занятий для приобретения навыка распознавания состояний пациента и правильной реакции на них.

Последующее исследование показало, что, с одной стороны, такие занятия принесли несомненную пользу: в течение последующих 9 месяцев только 9% больных из семей-участников имели рецидив заболевания, а в контрольной группе — 50%. С другой стороны, нет основания утверждать, что комплексный подход оказался существенно более эффективным, чем ранее описанные. И информативный, и обучающий, и, наконец, поддерживающий подходы имели такую же или немногим меньшую эффективность.

Конечно, это можно объяснить тем, что сами измерения эффективности пока оставляют желать лучшего. Однако возможно и другое объяснение, предложенное Зипплом (Zipple A., 1987), который считает, что все три подхода формируют один и тот же комплекс качеств: каждый из них стремится сформировать отношения партнерства между врачом и семьей и усилить контроль семьи над процессом лечения; каждый дает семье знания, навыки, эмоциональную твердость или какое-то сочетание этих качеств, что позволяет более эффективно решать те же проблемы.

Главным является сам факт, что найден весьма существенный резерв повышения эффективности терапевтического процесса — привлечение к нему семьи. В настоящее время помощь семье и увеличение ее влияния на процесс лечения стали существенной частью терапевтического процесса, стратегическим направлением повышения его эффективности.

Сегодня считается, что лечение психических заболеваний без активного участия семьи является некачественным.

Опыт зарубежных стран, и в первую очередь США, показывает, что естественным путем развития национальной системы поддержки семьи является «путь снизу» — от групп взаимопомощи и локальных систем поддержки семьи к общенациональному движению.

Нарушение представлений членов семьи о семье и личности друг друга

Представления членов семьи о своей семье

Внутренняя картина семьи

Каждый член семьи так или иначе представляет себе свою семью. Когда он думает о ней сам или рассказывает о ней психотерапевту, перед его мысленным взором возникают картины повседневной жизни, обстановка, в которой он живет, лица, слова и поступки членов семьи, ссоры и примирения, радости, обиды, огорчения, частые и редкие события в ее жизни и т. д.

Отчасти эта «внутренняя картина» жизни семьи точна, отчасти искажена или неполна, в чем-то достаточно объективна, а в чем-то весьма субъективна, а то и просто неверна. Однако, вне зависимости от ее истинности, она играет огромную роль в жизни семьи. От того, как индивид представляет себе свою семью, зависит, считает он ее счастливой или несчастливой, дружной или склочной, зажиточной или малообеспеченной; от этого же зависит, чего он ждет от нее, в чем он видит ее проблемы и как представляет себе их решение.

Когда психотерапевт работает с семьей, это представление семьи о себе нередко разворачивается перед ним в виде противоречивых и непоследовательных, косноязычных и нескладных рассказов, объяснений причин тех или иных событий в семье, жалоб на семью и друг на друга. Выслушав их, психотерапевту важно, может быть, вопреки услышанному, добраться до сути происходящего в семье, понять, в чем ее истинная проблема. Затем оказывается необходимым хорошо представить себе, как все это представляется «изнутри», глазами членов семьи. Ему нужно понять их логику, зачастую весьма своеобразную, и ход их мыслей. Он должен научиться понимать внутренний язык семьи — не совсем обычные и часто расплывчатые значения, которые вкладываются в самые обычные слова.

Изучение и понимание семейных представлений необходимо:

- во-первых, для обеспечения взаимопонимания с семьей. Только в этом случае психотерапевт будет в состоянии правильно представлять себе, как члены семьи воспринимают все то, что он делает, говорит, предлагает. Только тогда он сможет вести себя понятно для семьи, обеспечить психологический контакт с семьей;
- во-вторых, для диагностики нарушений в семье. Дело в том, что нарушенные, дефектные семейные представления нередко участвуют в этиологии самых различных семейных проблем. Неадекватное понимание проблемы нередко становится существенной ее частью. Соответственно, коррекция семейных представлений является важной частью решения проблемы;
- в-третьих, для активного участия самой семьи в лечении (психокоррекции). Если семья правильно понимает свою проблему, она становится «котерапевтом». Адекватное понимание семьей своих проблем запускает весьма важный для успеха психотерапии механизм психологической самотерапии, самокоррекции.

Важность понимания психотерапевтом семейных представлений (внутренней картины семьи) признается учеными самых разных направлений. Некоторые из них считают, что искаженные представления человека о себе и о своих отношениях с другими людьми — это чаще всего следствие разнообразных семейных проблем. Возникнув как следствие проблемы, дефектное представление становится далее причиной ее трудноразрешимости, так как мешает адекватно понять ее и решить: таков, например, подход семейного психоанализа. Осознание психологической проблемы и правильное понимания самой семьей того, что в ней происходит, — весьма важная предпосылка решения ее проблем; коррекция дефектных, ограничивающих развитие личности представлений о себе и своей семье — основа семейной экзистенциальной психотерапии. О «семейной агнозии» — неспособности членов семьи адекватно воспринимать некоторые стороны ее жизни — пишут сторонники системного направления (Haley, 1978). Таким образом, ученые разных школ так или иначе касаются проблемы семейных представлений. Однако не появилось еще специального исследования, в основе которого — мысль, что представления семьи о себе есть самостоятельный сложный механизм, правильное функционирование которого необходимо для успешного функционирования семьи, а его нарушения приводят к нарушениям семейных отношений.

Внутренняя картина семьи и современная психология

Между тем быстрое развитие современной психологии (особенно когнитивной психологии и психосемантики) подготовило, как нам кажется, почву для значительного продвижения к пониманию семейных представлений. Речь идет о достижениях в изучении так называемых «наивных представлений» (Clauss D., 1981), «ситуационных сценариев», процессов «каузальной атрибуции» (Келли Дж., 1984) и др.

Говоря о «ситуационных сценариях», исследователи имеют в виду представления людей об определенных типичных ситуациях (сценах) из их жизни: завтрак, возвращение с работы, совместный просмотр телепередачи, обсуждение новостей, семейный конфликт, приобретение новой вещи. Каждый из этих сценариев, подобно настоящему киносценарию, содержит представления об обстановке, в которой происходит действие, о действующих лицах, об их обычных вопросах и ответах. Сценарий может также предусматривать типичные варианты развития событий (ссора закончилась — или не закончилась — примирением), типичные эмоции каждого из участников (обида, раздражение, радость, желание скрыть или, наоборот, проявить свои чувства).

Исследования показали значительную роль этих сценариев в организации как индивидуальных психических процессов, так и взаимоотношений между людьми. Развитие современной психологии (в частности, в рамках одного из ее направлений — психосемантики) выявило наличие в сознании людей своеобразных типовых сценариев самых различных ситуаций, в том числе и семейных, — это могут быть семейные праздники, семейные ссоры, встреча друзей, совместное посещение кино, завтрак и т. д.

Представление индивида о жизни его семьи также «ситуационно»: когда он ее характеризует, когда он принимает решения по тем или иным вопросам, перед его мысленным взором проходят разные семейные ситуации, однако он может не обратить внимания на многие моменты обстановки и поведения родственников

просто потому, что они не входят в сценарий. Проведенные исследования показали ошибочность широко распространенного мнения, что представление о той или иной ситуации формируется (исключительно или в основном) в момент столкновения с ней. Напротив, уже имеющийся у индивида к моменту встречи с ситуацией сценарий ее развития во многом предопределяет, что именно он увидит в ней, как он ее воспримет.

Еще одно направление психологических исследований, результаты которого должны сыграть значительную роль в изучении семейных представлений, — это изучение обыденных представлений о закономерностях природной и социальной среды (Heckhauzen H., 1986). «Наивные психологические представления» — это представления людей, не получивших специальной подготовки в области психологии, о психологических особенностях человека вообще и определенных категорий людей (женщин, мужчин, детей) в частности. Примерами их являются многочисленные суждения, используемые индивидом при регулировании своих семейных отношений типа: «стерпится — слюбится», «общее горе сближает», «если подчинишься раз-другой, то это войдет в привычку», «женщины лучше разбираются в одежде и еде, чем мужчины», «любая жена стремится прибрать мужа к рукам». Они играют огромную роль в формировании семейных представлений, в интерпретации индивидом своего собственного поведения и поведения других членов семьи. Особое значение имеют представления членов семьи о взаимосвязях между различными психологическими качествами индивида, о том, как разные психологические особенности проявляются в поведении (Петренко В. Ф., 1983; Шмелев А. Г., 1982). Наконец, немалую роль в понимании людьми (в частности, членами семьи) всего происходящего играют процессы наивной интерпретации причин происходящих событий, или процессы «каузальной атрибуции». Исследования в области «каузальной атрибуции» показали, что, пытаясь разобраться в том, что происходит в семье и за ее пределами, члены семьи чаще всего неосознанно применяют ряд правил и приемов (Heider F., 1980). От того, насколько верны эти правила и приемы, зависит, в какой мере членам семьи удается разобраться в своих семейных проблемах, какой они видят свою семью и какими соображениями руководствуются, формируя свои взаимоотношения.

На основе современных исследований мы можем описать структуру и функции семейных представлений.

Сущность и структура семейных представлений

Каждый член семьи имеет свои представления о самых разных сторонах жизни семьи: о необычных и каждодневных событиях, о ее прошлом и будущем, о желаниях и реальности, об огорчениях и радостях, о себе и о других членах семьи, об их чувствах и мыслях, привычках и планах — на первый взгляд все они случайны и не связаны между собой. Упомянутые ранее исследования дают, однако, возможность увидеть стержень, вокруг которого все эти представления организуются в нечто единое. В роли организующего начала выступает совокупность (последовательность) сценариев повседневной жизни семьи.

Рассмотрим, что такое семейные сценарии и каким образом их совокупность выступает в роли организующего начала.

Семейные сценарии. Как указывалось выше, сценарии — это представления индивида об определенных типичных (повторяющихся) ситуациях. Соответст-

венно семейные сценарии — это представления о повседневных семейных ситуациях: завтрак, отправление на работу, возвращение с работы, покупки, приготовление ужина, ужин, просмотр телепередач или другой вечерний досуг; сцены выходного дня: утро, визит к родственникам и т. д. Это также сценарии более или менее частых событий в жизни семьи: обсуждение денежных вопросов, проверка уроков родителями, семейная ссора, сексуальное сближение. Представление о семье («образ семьи», «внутренняя картина семьи») — это прежде всего совокупность представлений о последовательности сменяющих друг друга типовых ситуаций (сценариев) повседневной жизни семьи: за пробуждением следует вставание, за вставанием — утренний завтрак, за ним — сборы на работу и т. д. Эта последовательность семейных сценариев образует основу представления семьи о себе и о своей жизни, она связана с прошлым семьи и планами на будущее. Она возникает перед мысленным взором членов семьи, когда те думают о том, как поступить в той или иной ситуации, ищут пути разрешения семейных конфликтов. На основе семейных сценариев проявляются взаимные чувства, возникают и решаются проблемы.

Сценарии семейных ситуаций (как и другие сценарии) помогают индивиду ориентироваться в происходящем, предвидеть, каких событий следует ожидать, с какими проблемами или трудностями он может столкнуться. Каждый член семьи обычно неплохо представляет себе типичную последовательность событий, обычное поведение каждого действующего лица, обычные высказывания, психологическое состояние каждого члена семьи и т. д. Например, при «воскресном визите к родителям жены» имеющийся у мужа сценарий ситуации, возникший на основании предыдущих многочисленных визитов, подсказывает ему, что визит, конечно же, начнется с шумных взаимных приветствий и выражения удовольствия по поводу встречи, далее, если теща «не в духе», то она не преминет попрекнуть их с женой тем, что «давно не появляетесь — забыли совсем», и что сам он, как всегда, в ответ на это промолчит, но (опять же, как всегда) подумает, что она так говорит не потому, что действительно соскучилась, а просто чтобы досадить ему, так как знает, что он не очень любит эти визиты. Сценарий семейной ситуации играет большую роль, организуя восприятие ее индивидом, определяя селективность этого восприятия: какие вопросы он задает себе, столкнувшись с ситуацией, на что обращает внимание, что видит и чего не замечает. В нашем примере муж сразу же постарается определить все нюансы настроения тещи и может совершенно не заметить, например, состояния ее мужа.

Семейные представления определяют не только то, что именно представляется индивиду само собой разумеющимся и неизменным, но и то, какую информацию индивид стремится получить, попав в ту или иную ситуацию. Это связано с тем, что представление о ситуации существует у индивида, как было показано выше, еще до момента, когда он с ней реально встретился (в виде «типового сценария», «наивных психологических представлений»). Однако часть представления индивид уже доопределяет в момент столкновения с ситуацией. Встретившись после работы, супруги не интересуются, не поглупел ли другой супруг за день (эта часть представления устойчива, и определенный уровень умственных способностей воспринимается как нечто само собой разумеющееся), но уже в первый момент встречи пытаются выяснить настроение друг друга, степень усталости.

Исследования «типовых сценариев» показали, что поиск определенной информации является одной из важных частей практически любого сценария. Попав в ситуацию, индивид что-то уже знает о ней заранее, а что-то лишь предполагает и стремится уточнить. Направление сбора информации — что именно интересует индивида — обычно заложено в сценарии. Поэтому, изучая семейные сценарии, можно найти ответ на вопрос, чрезвычайно важный для понимания нарушений в функционировании семьи — о причинах «информационной слепоты» членов семьи: почему они не замечают, казалось бы, очевидных и очень важных для успешного функционирования семьи фактов?

Роль сценария в повседневной жизни семьи и при решении семейных проблем. Форма семейного сценария. Говоря о форме, в которой функционируют семейные сценарии, необходимо разграничить два весьма разных случая.

В повседневной, обычной жизни семьи роль семейных сценариев больше всего похожа на карту или схему хорошо известной, накатанной дороги. Здесь все давно знакомо, каждое предыдущее событие порождает последующее и т. д. Одни и те же события, поступки, слова, чувства, мысли повторяются тысячекратно, в значительной мере автоматизируясь и в силу этого уходя из сознания членов семьи. Этот переход в сферу неосознаваемого нередко оказывается столь основательным, что член семьи оказывается просто не в состоянии рассказать о своей жизни: «Ну, живем как все, ничего особенного...» При конкретных расспросах членам семьи необходимо прилагать немалые усилия, чтобы вернуть в сознание то, что им, казалось бы, лучше всего известно, — повседневную жизнь своей семьи. Еще больше проблем возникает, если им приходится рассказывать о том, что они думают или чувствуют. Фразы с защитной функцией — «ничего особенного», «как обычно», «как и все люди» — в этом случае повторяются особенно упорно. Если продолжать настаивать, то могут последовать описания, следующие не из подлинного личного семейного опыта, а скорее из стереотипного представления о том, что люди в такой ситуации должны думать и чувствовать. («Ну, знаете, после работы я бываю обычно уставшим... Понятно, работаешь целый день — к вечеру устаешь...»). Имеет место то, что Николс назвал «отчуждением» членов семьи от своего семейного опыта (Nichols, 1984, 271).

Эти затруднения, возникающие при необходимости представить себе свою семейную жизнь, не имеют большого значения в повседневной жизни, когда не происходит никаких событий или изменений, но когда семья сталкивается с какой-либо проблемой, когда ее ждут какие-то перемены и она пытается предвидеть их значение и принять необходимые меры, ситуация резко меняется. Дело в том, что в таких случаях яркий, конкретный и, что особенно важно, подлинный образ жизни семьи нужен ей для того, что можно было бы назвать «мысленным экспериментом». Решая одну из многочисленных и нередко весьма важных для семьи проблем (например, оформлять ли супружеские отношения, заводить ли детей, делать ли ремонт, поддерживать ли более тесные отношения с родителями или, наоборот, держаться от них подальше, купить ли собаку, подавать ли заявление о разводе и т. д.), члены семьи подставляют те или иные варианты решений, те или иные новые обстоятельства в свое представление о семье и пытаются представить себе их последствия. Задумавшись, например, о приобретении собаки, «глава семьи» может вначале резко отвергнуть эту идею, потому что перед его мысленным взором возникнет сцена «утренний сбор семьи на работу» — образ

и без того переполненной квартиры и несчастного животного под ногами у раздраженных, торопящихся на работу людей. Однако позднее стрелка его «внутренних весов» может все же сдвинуться в сторону приобретения — если он, например, представит себе воров, пытающихся взломать дверь его квартиры и услышавших грозное рычание за дверью. Затем он может столь же решительно отказаться от мысли о приобретении собаки, представив себе утренние споры о том, кому выводить ее на прогулку, и т. д. и т. п. Точно такой же процесс смены картин жизни семьи может быть в основе решений куда менее безобидных: о разводе, переезде и др.

Активизация сценария. «Мысленный эксперимент» и решение семьей ее проблем. Для принятия правильного решения необходима деавтоматизация семейных сценариев, возвращение сценария в сознание — то, что мы будем называть активизацией сценария. При этом члены семьи сталкиваются с парадоксальнейшим заданием: «вспомнить» то, что они, казалось бы, и так прекрасно знают. Например, в случае с собакой, для того чтобы понять, так ли уж все будет страшно, мужу надо постараться во всех деталях представить себе утреннюю сцену сборов семьи на работу и затем подставить в нее собаку. Если он сумеет это сделать, то верно оценит возникающие при этом проблемы и их решение. Это может быть очень нелегко — члены семьи сталкиваются с немалыми трудностями, пытаясь вспомнить (активизировать) сценарий «утренний сбор семьи на работу», так как он давно исчез из сознания, автоматизировался. Многое из того, что происходит утром, они давно делают не задумываясь, на многое не обращают внимания, не замечают: «Собираемся, уходим, и все», поэтому процесс активизации сценария, возвращения его в сознание может оказаться весьма сложной проблемой.

Активизация сценария — это не только трудный, но одновременно и весьма значимый, важный процесс. Какие конкретно картины и в какой последовательности возникнут перед мысленным взором членов семьи при обсуждении той или иной проблемы, насколько они будут яркими и сколь сильное впечатление они произведут (в нашем примере — то, какие картины предстанут перед мысленным взором главы семьи, когда он задумается, приобретать ли собаку), — все это окажет воздействие на результат «мысленного эксперимента».

Решение, которое примет член семьи, связано с процессом активизации семейного представления различными путями. Для принятия решения важно:

1. *Количество активизированных сценариев* (сколько сценариев типовых ситуаций возникнет в сознании члена семьи). Как мы помним, в примере с приобретением собаки первым сценарием, который возник перед мысленным взором «главы семьи», был утренний сбор на работу и несчастное животное под ногами у спешащих людей, после этого были активизированы другие сценарии и появились новые картины (защита от грабителей; спор о том, кому идти на утреннюю прогулку, и т. д.). Однако если бы в силу каких-либо психологических или других обстоятельств процесс активизации закончился на первом представлении, например, хозяину надо было бы дать ответ немедленно, то он с полной уверенностью в правильности своего решения заявил бы, что «не может быть и речи еще об одном жильце». Эта убежденность и решительность была бы тесно связана как с той картиной, которая возникла у него в тот момент, так и с тем, что он еще не представил себе никаких других.

2. *Последовательность активизации семейных сценариев* (односторонность или многосторонность процесса активизации). Решение семейной проблемы может зависеть от того, в какой последовательности в сознании члена семьи возникают те или иные сценарии. Если бы в нашем примере с приобретением собаки за одним сценарием, вызывающим негативное отношение к покупке, последовали другие, так же окрашенные, то индивид мог тут же принять решение. В этом случае мы говорим об односторонности процесса активизации семейного представления.
3. *Степень конкретизации семейных сценариев.* Принимаемое решение зависит не только от того, какие именно картины представил себе член семьи, но и от того, сколь сильной была активизация каждой отдельной картины. Чем возникшая картина ярче, конкретнее, насыщеннее деталями, тем более сильный эмоциональный отклик она вызовет и тем сильнее будет ее влияние на принимаемое решение.

«Глава семьи» мог только мельком подумать о том, что собака — приятный спутник в загородных прогулках («бледное представление»), или ясно представить себе летнюю загородную прогулку всей семьей с собакой, взрывы смеха и великолепное настроение после прогулки («яркое представление»). Можно выделить три уровня конкретизации отдельного семейного представления.

Первый уровень — «нулевой». Член семьи совершенно не может представить себе конкретное семейное событие. Он говорит: «У нас будет ребенок», но для него это только слова, за ними не стоит никакого образа. С этой фразой могут ассоциироваться какие-то сведения («У нас будет ребенок. Надо, конечно, подготовиться: купить все что полагается — разные там пеленки, соски...»), но они не связаны с активизацией картины будущего семейного события.

Второй уровень — схематическое представление. В этом случае перед мысленным взором члена семьи — лишь бледное представление, причем, может быть, даже не о его собственной семье, с ее неповторимостью и индивидуальностью, а некий стереотип, «картинка из календаря», расхожее представление о том, что бывает, когда в семье появляется ребенок.

Третий уровень — конкретизированный образ семьи: яркое, насыщенное деталями отражение того, что в действительности происходит в семье. То, что в этом случае возникает перед внутренним взором члена семьи, — это четкое и в то же время обобщенное представление о том, что обычно происходит именно в данной семье в определенной семейной ситуации, как ведут себя члены семьи в ней, что они чувствуют, какие существуют варианты развития этой ситуации. Степень конкретизации определенного представления определяет уровень его эмоциональной насыщенности. То, что индивид способен ярко и конкретно представить себе, вызывает у него эмоциональный отклик. Более детализированное и яркое представление вызовет несравненно более сильную эмоциональную реакцию, нежели бледное и схематичное. В силу своей перцептивной и эмоциональной насыщенности такие представления становятся значимым фактом психической реальности индивида.

Данный уровень конкретизации создает необходимые условия для мысленного эксперимента. О мысленном эксперименте мы говорим в том случае, если индивид очень ярко, детализированно представил себя в определенной семейной

ситуации, при этом, в силу своей яркости и конкретности, представление приобрело способность к саморазвитию. Например, индивид представляет себе будущую ситуацию «в семье появился ребенок» и мысленно участвует в ней. Он может при этом увидеть свои будущие чувства и поступки, о возможности которых ранее не подозревал. Вся картина и его «Я» в этой ситуации как бы обретают самостоятельное существование, начинают жить по своим законам. Этот феномен «оживания» представлений об определенной ситуации достаточно полно описан в психологической литературе, посвященной процессу творчества (артиста, писателя, ученого). Этот же феномен лежит в основе системы, созданной К. С. Станиславским.

4. *Психологичность семейного представления* — характеризует степень, в которой семейное представление отражает чувства и другие психологические состояния действующих лиц семейного сценария.

Некоторые семьи («вещно мыслящие») очень хорошо представляют себе материальные, бытовые стороны своей жизни — изменения в жизни семьи, связанные со сменой жилища, повышением и снижением материального уровня, приобретением автомобиля, будущим ремонтом, необходимостью копить деньги и т. д. Они могут ярко и конкретно представлять себе сцены будущей жизни семьи, связанные со всеми этими материальными и техническими изменениями. Однако при этом их представления о чувствах друг друга, о мыслях, о возможных реакциях на различные события могут быть необычайно наивны и примитивны, могут основываться на стереотипных, крайне поверхностных соображениях или исключительно на здравом смысле. Супруги могут десятилетиями жить рядом и в лучшем случае знать лишь самые заметные привычки друг друга. При этом их психологический примитивизм сочетается с наивной уверенностью, что они прекрасно понимают друг друга, так как давно знакомы.

Известный позитивный психотерапевт из Германии Носсерат Пезешкян рассказывает своим слушателям такую историю: «Супружеская пара просыпается утром в день юбилея — десять лет со дня свадьбы. Жена, как обычно, готовит завтрак, разрезает булочку пополам и одну половинку отдает мужу. Вдруг она пугается: "Боже, что я наделала! Ведь я отдала ему вместо его любимой верхней части булочки нижнюю!" Потом она думает: "А ведь это хорошо — сколько лет я мечтала съесть верхнюю часть, и вот сегодня я ее съела!" В это время муж говорит: "Дорогая! Сегодня действительно праздник: сколько я мечтал о том, чтобы съесть нижнюю часть булочки, и вот сегодня я ее наконец съел!"»

Психологические проявления примитивизма семейных представлений. Семьи могут значительно отличаться друг от друга с точки зрения активизации семейных представлений. Речь идет о том, в какой мере семья при принятии решения имеет склонность продуцировать сцены своей жизни и проводить с ними мысленные эксперименты. При решении одних и тех же проблем в одинаковых условиях в одной семье появляются яркие картины жизни, связанные с проблемой, в другой же этот процесс сильно упрощен и решения принимаются на уровне поверхностных суждений. Например, обсуждение вопроса о скором появлении ребенка в семье с развитыми семейными представлениями вызывает у всех ее членов яркие картины будущей жизни с ребенком, причем каждый пытается «примерить» их к себе. Сомнения, восторги, озабоченность и другие чувства,

вызванные этими картинами и связанным с ними мысленным экспериментом («примеркой» этих будущих ситуаций на себя), запускают процесс внутренней адаптации всей семьи и каждого ее члена к будущему. В результате, когда ребенок действительно появится, все будут внутренне готовы к этому. Поэтому все может оказаться «не так сложно, как представлялось».

Противоположный тип семьи — это семья с неактивизированными, неразвитыми семейными представлениями. Представления о своей семье у ее членов примитивны. Например, при обсуждении вопроса о ребенке перед их глазами не возникает сцен будущей жизни: «Там будет видно». Конечно, примитивизм представлений об этой будущей проблеме может быть вызван и беззаботностью семьи, ее склонностью «плыть по течению», однако не менее важная причина — неспособность семьи справиться с активизацией семейного представления, неумение видеть связанные с проблемой ситуации и проводить с ними мысленный эксперимент. Говоря «Там (т. е. в будущем) будет видно», члены семьи имеют в виду, что сейчас, в настоящем, им «не видно».

Семья с пониженной способностью к активизации семейных представлений (с примитивизмом семейных представлений) отличается целым рядом особенностей и сталкивается с целым рядом специфических трудностей.

1. Это «пассивная» семья. Ее члены не умеют представлять себе будущее, активизировать семейные сценарии повседневных ситуаций и видеть, что произойдет, когда наступят ожидаемые перемены, поэтому такая семья не готовится к ним заранее. Ее реакция на изменения — «реактивная», а не «проактивная», она реагирует на изменения только тогда, когда они уже наступают. Причем в основном ее реакция — это «латание дыр», отдельные мелкие, не связанные друг с другом изменения. Важнейшее же средство адаптации у такой семьи — это терпение и непритязательность. Покорность судьбе и умение ко всему притерпеться — основа жизненной мудрости такой семьи.
2. Это семья «подслеповатая». Говоря и думая о своей жизни, члены этой семьи видят только те стороны жизни семьи, которые «лежат на поверхности» (какие-то внешние события, бросающиеся в глаза поступки или обстоятельства). От их внимания ускользают чувства, мысли, сомнения, а так как именно они нередко лежат в основе поступков и событий в семье, то причины происходящего остаются для них непонятными. То, что происходит с семьей, часто представляется ее членам цепочкой не связанных между собой событий.
3. Это семья «примитивно мыслящая», в силу вышеуказанных причин она «глуповата». Члены такой семьи не видят связи между различными явлениями. Нередко все, на что они способны, — это понять только очень простые, примитивные связи, поэтому их объяснение причин того, что происходит, сильно упрощено (как знаменитая фраза из эстрадной миниатюры «Наверное, съел что-нибудь»). Например: «Сын плохо учится, потому что ленится», что-то не удалось, «потому что не получилось» и т. д. (см. случай 7).

Данная семья обнаруживает многие признаки примитивизма семейного представления.

Случай 7

ПРИМИТИВНЫЙ ОБРАЗ (ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА) СЕМЬИ

Семья К. Мужу 75 лет. Жене 55 лет. Живут в небольшом городке под Санкт- Петербургом. Он по профессии плотник. До пенсии работал в ремонтных мастерских местного автохозяйства. После ухода на пенсию до недавнего времени работал там же сторожем. Жена — инвалид 3-й группы. Единственная дочь с ними не живет. Три года назад она, по словам матери, «нашла себе мужа» и уехала с ним в Санкт-Петербург. Обращение жены к психотерапевту связано с сильными головными болями (мигренью). При обследовании больная жаловалась на депрессивные состояния, подавленное настроение, пониженную работоспособность, раздражительность, на потерю интереса к жизни (суицидальные мысли); на ощущение, что она никому не нужна, на непонимание со стороны окружающих, особенно мужа («Не с кем даже поговорить…»). У мужа есть старая машина, и он уделяет ее ремонту много времени. Охотно помогает людям, которые обращаются к нему с просьбой о починке. Проблем жены не понимает. Отмечает, что последние два-три года стало очень трудно иметь с ней дело: «Слова нельзя сказать – она тут же в крик или в слезы…», поэтому он старается «не лезть». Жена в основном занята домашним хозяйством и небольшим огородом.

Вопросы психотерапевта об их семейной жизни вызвали растерянность. «Даже не знаю, что и рассказывать, — сказала жена. — Раньше были молодые, а теперь старые, раньше дочь была, а теперь уехала, раньше были здоровые, а теперь больные. Часто ругаемся. Последнее время все больше. Меня все раздражает». Примерно так же звучит и рассказ ее мужа. «О чем мы разговариваем? — переспрашивает он. — Да все об одном и том же… Так, то да се, обычные вещи».

1. Ее представление о себе стереотипно. Фактически члены семьи рассказывают не о себе, а о какой-то стереотипной пожилой паре: «Раньше было лучше — теперь хуже, раньше были молодые — теперь старые».
2. Это представление поверхностно. В нем — только самые заметные факты, события.
3. Представление не конкретизировано. В нем нет деталей, оно весьма схематично. То, о чем рассказывают члены семьи, невозможно себе представить.
4. Семейное представление не индивидуализировано, психологически примитивно. То же самое можно рассказать о любой пожилой паре. Непсихологизированность семейного представления (психологическая примитивность) проявляется в том, что все, что происходит с действующими лицами, однозначно определяется их ситуацией: «После войны было очень трудно — нам было плохо. Потом стало лучше — и настроение у нас поправилось», и в том, что члены семьи видят только самые простые и примитивные связи: «Дочка нашла себе мужа и уехала» (т. е. если бы не нашла, то и не уехала бы).

Такое семейное представление определяет пассивность семьи: все, что с ней происходит, происходит исключительно благодаря каким-то внешним событиям: война, послевоенные трудности, материальное положение и его изменения, замужество дочери, болезни, успехи. Семья — щепка, которой играет океан (внешняя жизнь). Примитивизм семейных представлений, однако, ни в коей мере не означает примитивизма самих отношений. Вполне возможно, что реальная жизнь семьи насыщена чувствами, что каждый из супругов является интереснейшей, уникальнейшей личностью, что их связывает сильное и трогательное чувство, но все это не отражается в представлении семьи о себе. Как и в «Старосветских по-

Случай 8

АГНОЗИЯ КРУГОВОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ

Состояние 1. Отец — «не на уровне», так как он растерян и подавлен.

Состояние 2. Плохое поведение ребенка. Ребенок выходит из-под контроля и проявляет «симптоматическое поведение».

Состояние 3. Мать пытается справиться с ребенком, но безуспешно. К делу привлекается отец.

Состояние 4. Отец «на уровне». Отец справляется с ребенком и заодно приходит в себя.

Состояние 5. Сын ведет себя хорошо.

Состояние 6. Мать «на уровне». Теперь мать способна вести себя эффективно как с ребенком, так и с его отцом. Она становится более требовательной по отношению к обоим.

Состояние 7=1. Отец опять «не на уровне».

мещиках» Гоголя, удивительная по силе и красоте взаимная привязанность существует в реальности, но не в представлении семьи. На вопрос о своей жизни герои «Старосветских помещиков», видимо, реагировали бы так же растерянно, как и супруги К.: «Раньше были молодые — а теперь стали старые...»

Примитивизм представлений о семье и нарушения в семье. Важнейшая задача семейной психотерапии — это выявление и коррекция нарушений в семье. Различными школами семейной психотерапии описано немалое количество таких нарушений. Хотя их этиология весьма различна, примитивизм семейных представлений — предпосылка возникновения многих из них. Это связано с тем, что большая часть семейных нарушений возникает в результате взаимодействия многих факторов в жизни семьи, и семья с примитивным представлением о себе сталкивается с неизмеримо большими трудностями при осознании таких сложных явлений.

Рассмотрим в качестве примера явление круговой последовательности, описанное Дж. Хейли (Haley J., 1978, p. 106) (случай 8).

Своеобразная «агнозия» — неспособность увидеть то, что находится «перед глазами», действительно, характерна для семьи с примитивными семейными представлениями. Дело в том, что явления, входящие в круговую последовательность, разбросаны во времени и смешаны со многими другими событиями в жизни семьи. Одни нарушения поведения имели место раньше, другие — теперь, одни реакции родителей на них последовали сразу, другие — позднее, одни события происходили при одних обстоятельствах, другие — при других. При отсутствии развитого семейного представления нужна действительно невероятная наблюдательность, чтобы заметить «круговую последовательность» в жизни своей семьи. Это тем более трудно, что такая семья привыкла иметь дело с очень простыми и весьма очевидными связями: «Было плохо с питанием — мы голодали», «Молодежи здесь не нравилось — они уехали».

Иное дело семья с развитым представлением о себе. У ее членов имеется очень мощное орудие познания сложных явлений в своей жизни — развитое представление: они хорошо представляют себе, как себя чувствуют, что думают, как ведут себя в определенной ситуации остальные члены семьи, «видят», как у обычно властной и энергичной матери «опускаются руки», когда она сталкивается с нарушениями у сына-подростка, и как отец, обычно остающийся в стороне, в этой

ситуации вмешивается и приводит сына в порядок; видят, что тогда мать успокаивается и приободряется и вновь становится такой, как всегда. От такого видения до понимания «круговой последовательности» только один шаг. Важно и то, что всю эту сцену члены такой семьи умеют «проиграть» в сознании, они представляют себе и следующие из нее чувства и поступки.

Вот еще один пример. В центре внимания бихевиористского направления семейной психотерапии лежит другое сложное явление — непреднамеренное обучение. Например, ребенок, который испытывает дефицит внимания со стороны родителей, обнаруживает, что единственный способ добиться его — это нарушение поведения. Он начинает все чаще вести себя плохо, в результате чего родители все чаще обращают на него внимание и, сами того не подозревая, «подкрепляют» такое поведение. Важнейшая предпосылка непреднамеренного обучения — это, конечно же, описанная ранее «подслеповатость семьи». Только если семья не способна заметить, что происходит в ее жизни, может произойти непреднамеренное обучение, причем вероятность того, что это произойдет в семье с примитивным представлением о себе, намного выше. Например, чтобы заметить дефицит внимания к ребенку, надо знать его чувства, его жажду внимания; понимать, что происходит в его душе, когда отец, с досадой отложив газету, начинает разбираться с сыном — что-то объяснять, что-то осуждать и т. д. С этим способна справиться семья с развитым представлением о себе, но не семья с примитивным, где имеется лишь стереотип «ребенка вообще» и где поэтому не знают своих собственных детей, не умеют представить себе их чувства, не знают о том, чего они в действительности хотят.

Примитивизм семейных представлений как самостоятельная семейная проблема. Обратимся к семье К. вновь. Семья имеет примитивные семейные представления, с которыми она прожила всю жизнь. Однако теперь семья столкнулась с проблемой, в решении которой ей очень бы помогли развитые семейные представления. Заболевание и сопутствующие ему депрессивные состояния вызвали у жены острейшую потребность в психологической поддержке и сочувственном внимании, но они же мешали ей принимать эту поддержку. Депрессивные состояния и связанные с ними тенденции к самообвинению и обвинению других всколыхнули все семейные неудовлетворенности и проблемы, которые в жизни данной семьи сливались в одну тему: «Надо было уехать» из маленького городка в Санкт-Петербург. Эта тема всегда присутствовала в разговорах семьи как реакция на трудности и неудачи. «Иногда я чувствовала, — говорила жена, — что мне здесь абсолютно все надоело. Было единственное желание — все бросить и уехать». Ее дочь воспользовалась первой же возможностью и уехала.

В последние годы перед болезнью жены семья притерпелась к своим проблемам, разговоры об отъезде прекратились. Однако с болезнью жены они возобновились — как жгучее сожаление о каждой неиспользованной возможности и как обвинение в адрес тех, кто препятствовал отъезду, и в особенности в адрес мужа.

Развитые семейные представления оказались бы полезны семье в двух отношениях. Во-первых, для решения «проблемы переезда». Во-вторых, для осознания и решения психологических проблем, которые были скрыты за желанием уехать. В действительности желание переехать, так же как и желание остаться, были в данной семье в равной мере абстрактны. Ни то ни другое не основывалось на ярком конкретизированном представлении о себе и о своей будущей жизни

Случай 9

ОБРАЗ СУПРУГИ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ МУЖА (ВАРИАНТ 1)

Беседа с мужем, обратившимся за помощью в связи с сексуальными проблемами.

Психотерапевт. Очень нужно, чтобы ваша жена пришла на прием.

Пациент. К сожалению, из этого ничего не выйдет. Она ни в коем случае не придет. Она всегда поступает, как сама решит!

Психотерапевт молчит и смотрит на пациента.

Пациент (*подумав*). Разве что вы ее сами попросите. Вас она, может, и послушается.

Психотерапевт молчит и смотрит на пациента.

Пациент (*еще подумав*). А что, если я приглашу ее прийти к вам, но не скажу, в чем дело? Скажу, врач просил, но не сказал, в чем дело. Она у меня ужасно любопытная. Придет, не выдержит.

в большом городе. Можно с уверенностью предполагать, что если бы семья переехала, то на новом месте ее ждала бы ностальгия по родному городу. Желание переезда основывалось на стереотипе: «Другие переезжают и довольны — мы переедем и будем довольны... Всюду лучше, чем у нас». Иными словами, в основе решения семьи переехать не было мысленного эксперимента с развитым семейным представлением. Важно и то, что тема отъезда камуфлировала в данной семье решение других, более важных проблем, с которыми семья сталкивалась на протяжении жизни (от сексуальной неудовлетворенности жены до недостатка общения в родном городе). Развитое семейное представление дало бы возможность семье увидеть эти проблемы, ярко представить их в конкретном контексте своих собственных чувств, характерологических особенностей и обстоятельств, что позволило бы мысленно экспериментировать с этими проблемами, «проигрывать» самые различные варианты их решения, отделить те трудности, к которым нужно притерпеться, от тех, которые в действительности разрешимы.

Примитивизм семейных представлений в данной семье, с одной стороны, обусловил ее «слепоту» к своим истинным, реальным проблемам, а с другой — сформировал различные их псевдорешения: например, желание уехать и поиск виноватых в том, что это не удалось.

Психологические барьеры активизации как семейная проблема. Для правильного принятия решения требуется, чтобы перед мысленным взором членов семьи возникли все сцены (все представления, образы) семейной жизни, которые необходимы, чтобы конкретно и полно представить себе проблему. Индивид должен увидеть все «за» и «против», все трудности и задачи, которые надо будет решать с появлением в семье ребенка или с приобретением собаки; все обстоятельства, которые будут важны при ремонте или переезде.

Факторы, затрудняющие активизацию или конкретизацию тех или иных представлений, необходимых для решения проблемы, мы будем называть психологическими барьерами активизации семейного представления.

Рассмотрим действие такого барьера на примере пациента, решающего семейную проблему (случай 9).

Приведенный отрывок показывает, как в сознании пациента активизируется образ его жены. То, что возникло перед его внутренним взором сразу после просьбы психотерапевта, — весьма схематичный и психологически примитивный образ женщины с одной-единственной психологической особенностью — склонностью

Случай 10

ОБРАЗ СУПРУГИ В ПРЕДСТАВЛЕНИИ МУЖА (ВАРИАНТ 2)

Психотерапевт. Очень нужно, чтобы ваша жена пришла на прием.

Пациент. К сожалению, из этого ничего не выйдет. Она ни в коем случае не придет. Она всегда поступает, как сама решит!

Психотерапевт молчит и смотрит на *пациента.*

Пациент (*подумав*). Нет, она точно не придет!

Психотерапевт молчит и смотрит на *пациента.*

Пациент (*после длительного раздумья*). Нет! Она не придет ни в коем случае. Никаких шансов. Это действительно невозможно.

Психотерапевт. Скажите, а ваша жена — любопытная женщина?

Пациент (*улыбаясь*). Очень...

Психотерапевт. А что, если попросить ее прийти, но не объяснять зачем?

Пациент (*представив себе реакцию жены*). О, это другое дело...

сопротивляться чужому решению. Однако молчание психотерапевта запускает в сознании пациента процесс активизации. В результате перед внутренним взором пациента «всплывают» и другие ее черты — уважение к официальному авторитету, а затем и неуемное любопытство. Перед нами уже более богатый образ, который стал источником решения проблемы.

В качестве иллюстрации противоположного случая (примитивного образа) можно привести иной вариант той же беседы (случай 10).

В этом случае от начала разговора до конца образ жены оставался все таким же психологически примитивным. Самостоятельно пациент так и не смог вырваться за его пределы.

В данной семье барьер мешает мужу понять весьма важные качества жены. Это, в свою очередь, тесно связано с имеющимся в данной семье дефицитом влияния мужа на жену. В результате этого дефицита при спорах между ним и супругой он может выбирать лишь между двумя решениями: уступить или пытаться добиться своего силой (путем конфликта).

Дефект семейного представления. В случае психологического барьера индивид в принципе способен активизировать нужное для решения семейной проблемы семейное представление. В примере с приглашением жены муж прекрасно знал о ее любопытстве, много раз сталкивался с этим ее качеством, проблема заключалась только в том, что он не был способен вспомнить о нем, когда требовалось оказать влияние на жену. Представление о любопытстве жены в данном случае можно назвать пассивным.

В случае же дефекта семейного представления можно сказать, что у индивида нет представления, нужного для решения проблемы. В силу тех или иных особенностей личной судьбы, воспитания, психологического развития индивид не может представить себе определенные чувства, обстоятельства и т. п. Рассмотрим пример (случай 11).

В данной семье представители любой школы семейной психотерапии нашли бы «свои» нарушения. Представители структурной школы без труда обнаружили бы в отношениях данной семьи «круговую последовательность». Действительно, неуверенность мужа в верности жены порождает придирки и все новые требования, а они, в свою очередь, увеличивают неудовлетворенность жены браком; муж чувствует эту неудовлетворенность, и его сомнения в верности жены усиливаются,

Случай 11

ДЕФЕКТ СЕМЕЙНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Иван и Лолита С. Ему 44 года, ей 27. Женаты 5 лет и 6 месяцев. Он работает инженером в ЗАО, она — там же лаборанткой. Имеют сына Аркадия 3,5 лет. Жена сообщила, что любит мужа, однако с первых дней знакомства серьезной проблемой для семьи стала его ревность. Муж сильно переживает из-за мнимой неверности и легкомыслия жены. Все уверения в ее любви к нему не помогают. Желая облегчить муки ревности, она пошла на многочисленные уступки, согласилась на нередко унизительные для нее ограничения. Однако, как правило, это улучшает ситуацию ненадолго, затем ревность еще более усиливается и он требует все новых и новых доказательств ее верности и любви. В результате у нее нарастает желание порвать отношения и вернуться с сыном к матери. Это желание стало особенно сильным по мере того, как сын подрастал. «Мне стыдно перед ним, — говорит Лолита С., — он уже большой и многое понимает».

что ведет к дальнейшему усилению придирок. В описанных отношениях можно увидеть явление «триангуляции». Жена пытается втянуть ребенка в конфликт. («Мне стыдно перед ним. Он уже большой и многое понимает».) С точки зрения теории коммуникации мы обнаруживаем дефект коммуникации — жена не в состоянии выразить свои чувства так, чтобы муж понял и поверил в них. Наконец, мы можем увидеть в этом случае проявление комплекса неполноценности мужа. Он не любит себя (действительно, у него имеются проблемы с внешностью) и поэтому не понимает, как его могут любить другие (в особенности «такая женщина»).

Однако в основе лежит определенный дефект семейного представления, а именно неспособность мужа представить себе, как женщина может любить «такого, как он». Его представления о причинах, по которым женщины могут любить мужчину, крайне примитивны: это яркая, «мужественная» внешность и значительные успехи в жизни. Иван С. не способен ярко представить себе, например, чувства женщины, которая кого-то «за муки полюбила», или женщину, для которой важнее всего в мужчине то, что он восхищается ею; или же любовь, основанную на заботливости, желании помочь, жалости; ему непонятны многие и многие другие виды и оттенки любви. Здесь важно подчеркнуть, что он не может себе этого представить ни в своей семье, ни в других. Для него не существует никаких представлений о любви женщины, кроме его собственного, примитивного. Все остальные он воспринимает как нереальные, «книжные». Речь идет, таким образом, о семейном представлении, которое по той или иной причине не сформировалось и является неполным, а по сути своей дефектным. Оно лежит в основе вышеописанной «круговой последовательности» (муж не может поверить в чувства жены, отсюда его неуверенность и все ее последствия). Тот же дефект представления создает дефект коммуникации: жена стремится выразить и передать свое чувство, однако муж (в роли реципиента) не в состоянии ее понять. Наконец, дефект представления «связывает» комплекс неполноценности мужа с его ревностью. Если бы он мог представить себе иные виды любви и поверить в них, то его комплекс неполноценности не имел бы столь большого значения, однако он способен представить себе, что любить можно только за те качества, которых у него как раз и нет.

Итак, психологическая коррекция данного дефекта семейного представления является предпосылкой успешной коррекции любыми другими методами (осо-

знание «круговой последовательности», коррекция дефекта коммуникации, нейтрализация нежелательного влияния комплекса неполноценности).

Пути развития внутреннего образа семьи

Развитие представлений семьи о себе и семейная психотерапия

Традиционная семейная психотерапия была нацелена на решение определенных семейных проблем. Когда стоящая за симптомом проблема была решена, психотерапевт считал свою задачу выполненной. Важнейшей тенденцией современной семейной психотерапии является смещение акцента: от самого содержания — к процессу его постижения, от помощи семье в решении определенной (лежащей в основе симптомов) проблемы — к помощи в обучении решению проблем.

В основе этой тенденции — представление о том, что, решив какую-то, пусть даже важную, проблему, психотерапевт тем самым отнимает у семьи возможность учиться самой решать аналогичные и она оказывается беззащитной перед следующей проблемой. Семья с развитыми представлениями о себе лучше, чем семья с примитивным самосознанием, умеет видеть свою проблему, осуществлять мысленные эксперименты в поисках ее решения. Следовательно, задачей семейного психотерапевта нередко является стимулирование процесса активизации семейных представлений.

Эта задача не простая: способность продуцировать развернутые картины возникает при наличии благоприятных для этого условий, и не «сама собой» и не сразу, без усилий — люди учатся этому так же, как и многим другим вещам. Общее развитие представлений происходит на протяжении всей жизни семьи: когда человек учится осознавать происходящее в семье, понимать взаимосвязь различных сторон ее жизни, взаимоотношения, чувства всех ее членов. Происходит это, во-первых, благодаря социализации (ребенок учится этому у родителей в ходе повседневного общения и переносит полученные навыки в семью, которую создает сам); во-вторых, благодаря культуре и средствам массовой информации (о том, как «по-разному несчастливы» несчастливые семьи, человек узнает из художественной литературы и кинофильмов; в последние годы все большую популярность приобретают литература о семье и публицистика, в которой поднимаются и обсуждаются самые различные семейные проблемы); в-третьих, благодаря межличностному общению, «межличностной сети», в которую включена семья (Bowen M., 1966, 1971). Все это на протяжении многих лет жизни семьи питает представления семьи о себе самой, делает их все более емкими, многосторонними, конкретными.

Немалую роль в развитии представлений семьи о себе играют и особенности самой семьи.

1. *Развитие процессов коммуникации.* Чем интенсивнее и эффективнее члены семьи обсуждают жизнь своей семьи, чем интенсивнее обмениваются эмоциональным опытом, тем более многосторонни их представления о своей семье. В случае интернального локуса контроля члены семьи верят, что от их усилий зависит дальнейшая жизнь семьи, они стараются понимать ее и направлять. Семья с экстернальным локусом контроля, напротив, «плывет по течению». В обоих случаях имеет место своеобразный замкнутый

круг: чем более развито представление о семье, тем эффективнее коммуникация (члены семьи лучше понимают друг друга, шире круг тем, которые они могут обсуждать), тем вероятнее интернальный локус контроля, тем лучше воспринимаются сведения о жизни различных семей, идущие через средства массовой информации. И наоборот, чем менее развито представление о семье, тем менее эффективны коммуникации в ней, тем скорее локус контроля приобретает характер экстернального. В этом случае меньше предпосылок для развития представления о себе.

2. *Чрезмерно выраженная «нормативность» жизни семьи и взаимоотношений в ней*. Отношения в такой семье построены на словах «должен», «обязан». Не важно, что тот или иной член семьи чувствует или думает, — важно, как он обязан поступить в данной ситуации. Ответ на вопрос «как решить проблему?» члены такой семьи ищут не в осознании своих потребностей, а в морали или в религии, и он автоматически заменяется вопросом «как мы обязаны решить проблему?» В этом случае ни у кого нет стимула представлять себе будущие обстоятельства, чувства и мысли членов семьи.
3. *Устойчивость уклада семьи*. Речь может идти о семье с неизменным образом жизни в небольшом городе, где сегодня происходит то же, что вчера, а завтра будет то же, что сегодня.
4. *Низкий уровень семейной и психологической культуры*. Семья формировалась в таких условиях, что просто негде было учиться думать о семейных взаимоотношениях и чувствах друг друга, так как отношения построены на соотношении сил между членами семьи и всегда «прав сильнейший».

Таким образом, представление семьи о себе — это сложное образование, формирующееся на протяжении длительного времени под влиянием самых различных факторов.

Вот почему, столкнувшись с примитивным семейным представлением, психотерапевт вряд ли может рассчитывать на быстрые успехи в развитии самосознания семьи. В ряде случаев это ставит его перед необходимостью сузить свои задачи: отказаться от глобальной задачи — научить семью решать ее проблемы — и ограничиться более частной — помочь решить конкретную проблему.

В этом случае психотерапевту не приходится заниматься развитием представлений семьи о себе — достаточно того, что он сам имеет верную картину ее жизни.

Именно в этом направлении шел Сальвадор Минухин, работая с семьями из трущоб, где примитивизм представления о своей семейной жизни был действительно довольно трудноразрешимой проблемой. Психотерапевт в таких семьях отказывался опираться на представления семьи о себе. Вместо этого он присоединялся к семье, поселялся вместе с ней и непосредственно наблюдал то, о чем члены семьи навряд ли могли рассказать. Кроме того, он пытался изменить взаимоотношения в семье, непосредственно используя директивы. Точно так же, «помимо» самосознания семьи, нередко работали семейные психотерапевты миланской школы. Многие из применяемых ими приемов действуют независимо от представлений семьи о себе, помимо них. Нередко такой подход обеспечивает быстрые и убедительные результаты в решении определенной проблемы, однако не дает никаких гарантий, что семья справится с аналогичными проблемами в дальнейшем.

Каковы же пути развития внутреннего образа семьи?

Развитие семейных представлений как неспецифический эффект психотерапии

Все методы психотерапии стимулируют развитие представлений о семье. Они делают это, однако, весьма различными путями.

В процессе психотерапии и особенно семейной психотерапии семья становится предметом рассмотрения — о ней говорят, ее проблемы обсуждают, ее жизнь изображают, играют и т. д. Так формируется чрезвычайно важная для развития семейного представления способность смотреть на свою семью со стороны, делать ее объектом анализа. «За всю жизнь я столько не говорила о своей семье, как за эти два часа», — со смесью удивления и восхищения сказала одна из пациенток после первого сеанса. В процессе психотерапии происходит активизация латентного представления о семье: его участникам приходится отвечать на вопросы, которые никогда раньше не ставились, формировать свое мнение о тех вещах, о которых они никогда не задумывались. Обсуждение активизирует в их сознании образы, не активизирующиеся в повседневной жизни, порождает ассоциации, не возникающие обычно в процессе психотерапии (особенно при использовании «стимулирующих методов» типа недирективной психотерапии по К. Роджерсу); создаются условия для проявления психологических явлений, которые скрыты в повседневной семейной жизни и поэтому не входят в семейное представление: чувств, мыслей и т. д. С точки зрения формирования представления особенно важно, что, попытавшись выразить свои чувства, член семьи впервые получает возможность увидеть их со стороны, заново познакомиться с ними. Тем самым представление членов семьи о своей семье «психологизируется».

В ходе психотерапии (особенно в результате применения таких ее методов, как ролевые игры и психодрама) семья обнаруживает свое обычное поведение: разыгрывая обычные сцены семейной жизни, члены семьи ведут себя так, как они привыкли вести себя в такой ситуации, — и не потому, что помнят и знают об этом, а потому, что просто не умеют вести себя иначе, для них это естественное, само собой подразумевающееся поведение. Все, что они знают и могут сообщить о нем, это то, что они ведут себя «нормально», «обычно», «просто». Однако в ролевой игре они впервые получают возможность взглянуть на свое поведение со стороны, осмыслить его. У них появляется конкретное (не смутное и не схематическое) представление о своем поведении в семейных ситуациях, и это оказывается мощным стимулом конкретизации и детализации «внутренней картины семьи» — представления о своей семье.

Пример такого действия ролевой игры можно увидеть, изучая работу Пегги Папп «Ролевая игра как метод активизации представления семьи о себе» (Papp, 1976, цит. по: Nichols, 1984, 286) (см. случай 12).

Мы видим эффект психологизации семейного представления: от весьма схематичного представления о своем супруге миссис Н. перешла к более реальному и психологизированному. Подобный эффект «деавтоматизации» обычного семейного поведения может дать техника «семейных скульптур», «семейной хореографии» (Jefferson, 1978). То, что обычно члены семьи делают механически, не задумываясь, они пытаются воспроизвести, вспомнить, активизировать.

Многие школы семейной психотерапии применяют методы, специально направленные на «расстройство» обычного семейного поведения: супруги общаются

Случай 12

РОЛЕВАЯ ИГРА КАК МЕТОД АКТИВИЗАЦИИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СЕМЬИ О СЕБЕ

М-р Н. Так вы хотите, чтобы мы показали, что происходит, когда я прихожу домой? Хорошо. *(Жене.)* Золотко, ты не могла бы встать около плиты?

Психотерапевт. Нет, не разговаривайте. Просто ставьте людей туда, куда хотите.

М-р Н. Хорошо. *(Отводит жену к месту около плиты, детей же помещает на пол кухни, где они рисуют и играют.)*

Психотерапевт. Хорошо. А сейчас без всяких разговоров введите их в действие.

(М-р Н. инструктирует *свою жену, чтобы она изобразила, что готовит на плите, но все время поворачивалась к детям, чтобы увидеть, что они делают. Детям же м-р Н. велит изобразить игру между собой, но что вскоре после этого они должны начать драться и жаловаться друг на друга матери).*

Психотерапевт. И что же происходит, когда вы возвращаетесь домой?

М-р Н. Собственно, ничего. Я пытаюсь беседовать со своей женой, но дети пристают к ней, и в конце концов она «взрывается» и говорит, чтобы ее все оставили в покое.

Психотерапевт. Хорошо. Действуйте.

(По мере того как семья изображала сцену, которую м-р Н. описал, каждый «входит в роль». Мисс Н. орудует у плиты и одновременно судействует в детских стычках. М-р Н., приходя домой, несколько раз пытается обратиться к жене, но каждый раз их прерывают дети. Наконец миссис Н. теряет терпение и прогоняет всех.)

После этой сцены миссис Н. сказала, что впервые увидела, что муж чувствует, что его отталкивают. Ей казалось, что все гораздо проще: просто он приходит домой, говорит «Привет!» и уходит в свою комнату с газетой и бутылкой пива.

друг с другом через психотерапевта; обсуждают проблемы со своими родителями письменно или надиктовывая послания на магнитофон; один член семьи временно исключается из общения и т. д.

Мы знаем, что автоматизм обычного семейного поведения, его перенасыщенность неосознаваемыми навыками — одно из основных препятствий к осмыслению индивидом своего семейного поведения и к включению его в представление о семье. Методы деавтоматизации ставят членов семьи в положение пресловутой сороконожки, которая задумалась о том, в каком порядке она переставляет ноги, и потому не может сделать ни шага. Член семьи в этой ситуации получает возможность увидеть и осмыслить каждый свой шаг, в результате чего семейные сценарии активизируются — бедное и стереотипное представление о семье заменяется реальным и насыщенным.

Особенно важной является задача обеспечения членов семьи недостающим им эмоциональным опытом — формирования у них необходимого для решения семейной проблемы представления о чувствах, мыслях и состояниях, о существовании которых они ранее и не подозревали (см. случай 11). Важное место в этом процессе принадлежит групповой психотерапии. Например, в обсуждавшемся выше случае Ивана и Лолиты С. участие Ивана в семейной группе было очень важно для расширения его представления о мотивах женской верности: он услышал взволнованные и искренние рассказы женщин-участниц группы об их чувствах, и многообразие этих чувств (причины которых не сводились к «мужским качествам» их мужей) было для него настоящим психологическим открытием.

Таким образом, психотерапевтический процесс стимулирует развитие семейного представления. Важно, чтобы процесс этот был достаточно активен (независимо от применяемого метода). В результате психотерапии представление о своей

семье претерпевает у пациентов значительные изменения. Теперь, когда они говорят и думают о своей семье, в их представлении (на месте, которое было ранее пустым) возникает яркая, красочная, изобилующая примечательными деталями картина их повседневного поведения. Когда психотерапевт или группа говорят о семье, обсуждают семейные проблемы, члены семьи не только понимают русскую речь и логику предложений, но видят то, что стоит за этой речью, — свою семью. Более того, они не только слушают (воспринимают) то, о чем идет речь, не только оценивают понятность, логичность, авторитетность сказанного, но и проводят мысленные эксперименты со своим семейным представлением и оценивают — реально ли то, что предлагается, и какие еще существуют пути решения их проблемы.

Специальные методы коррекции семейных представлений

Мы рассмотрим методы активизации семейных представлений и формирования мотивации для преодоления барьеров активизации. Как уже говорилось выше, психологические барьеры активизации — это разнообразные явления, препятствующие активизации определенных семейных сценариев — из-за них при рассмотрении семейной проблемы перед мысленным взором индивида не возникает некоторых семейных сценариев, важных для ее правильного решения.

Прямое стимулирование развития семейного представления и преодоления барьеров его активизации. Мы видели, что семьи с низким уровнем активизации не могут осознать свои чувства, мысли, свое повседневное поведение. Просьба рассказать, что человек делал, чувствовал, думал только что или минуту назад, как правило, вызывает легкое недоумение и замешательство, а в ответ звучит не описание истинных поступков, мыслей и чувств, а скорее стереотипное представление о них («как обычно», «ничего особенного»). На пути к осознанию своих истинных переживаний и поведения стоят барьеры повседневного автоматизма, страха перед внешним контролем. Прямое стимулирование направлено на то, чтобы в ходе психотерапевтического общения выявить моменты, когда индивид обращается не к своему истинному переживанию, а к стереотипному представлению о нем, и побудить его преодолеть барьеры.

Особенно интересный опыт накоплен учеными экспериментальной школы. Они пытаются пробить броню стереотипных представлений членов семьи о себе и своих чувствах за счет искренности психотерапевта, открытости, спонтанности. В ходе семейного сеанса они показывают на собственном примере, что такое возможно. Случай 13 показывает способы преодоления, которые предлагает один из известных представителей этого направления (Kempler W., 1982).

В этом примере перед нами отношения супругов — двух людей, которые даже не подозревали о чувствах друг друга — прежде всего потому, что знали (конечно, на уровне поверхностных стереотипных представлений) о том, что «вообще» чувствуют супруги, и не подозревали, что в их семье это не так. Примитивные, стереотипные, исходящие лишь из здравого смысла представления о людях и семье надежно скрыли их собственные чувства от них самих. Психотерапевт пробил эту броню своей искренностью и тем, что показал, что быть искренним с собой и с другим возможно, даже когда речь идет о самых глубоких чувствах.

В указанном примере важна также демонстрация психотерапевтом на своем примере («позитивное моделирование») открытости и непосредственности, необходимых членам семьи в тот момент, когда они хотят понять и выразить соб-

Случай 13

ПРЕОДОЛЕНИЕ БАРЬЕРОВ СЕМЕЙНОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ (KEMPLER, 1981, p. 11–13)

Отрывок из сеанса семейной психотерапии

Встреча с обоими супругами только началась. Психотерапевт пытался обсудить с семьей одну из ее проблем. В разговор включилась только супруга. Муж упорно отмалчивается.

Я (Вальтер Кемплер, *обращается прямо к мужу*). Где вы?

Муж. Я не знаю… Я просто о чем-то думал…

Я. Это приводит меня в бешенство. Вы олух. Вот слово, которое должно было бы вас хоть немного оживить. Проклятие… Ничего удивительного, что у вас проблемы в семье. *(Потом, остыв достаточно, чтобы начать говорить «я» вместо «вы»)*. Я ведь хочу, чтобы вы слышали. Я хочу, чтобы вы участвовали, чтобы вы признали, что мы все присутствуем здесь. Самое большее, чего бы я хотел от вас, — это чтобы вы осознали, что происходит нечто значительное. Или уж, на худой конец, прямо скажите, что вам не нравится то, что мы занимаемся пустяками, но только не покидайте нас.

Муж *(нерешительно)*. Раньше я чувствовал что-то вроде ревности *(пауза)* или обиды *(пауза)*. Я не знаю.

Я *(все еще сердито)*. Вы никогда не знаете. Это ваш стандартный ответ. А вот теперь я не знаю. Я не знаю, какого черта мне делать с вами, чтобы до вас как-то достучаться.

Муж. Виноват *(пауза)*. Я всегда говорю, что я виноват. Я думаю, что я и правда виноват. Я ревновал *(пауза)*. Я был зол, потому что ревновал.

Комментарий. Он пытался быть со мной, и я хотел попробовать еще. Я решил, что надо бы попробовать прояснить и усилить его слова.

Я. Я всей душой хочу быть с вами обоими, но не знаю, как это сделать.

Комментарий. Меня переполняла горечь, когда я все это говорил. И в то же время я знал, что я у цели и что мне уже не придется злиться на него. Подтверждением были его слезы, когда он всхлипнул, пытаясь сказать что-то…

Я. Вы не обязаны говорить. Но я очень хочу, чтобы вы говорили с нами сейчас.

Муж. Я не могу. Это слишком печально…

Я. Это?

Муж. То, что…

Я. Ну тогда скажите так: «Я расстроен потому, что очень хочу быть с вами сейчас, но я не могу, потому что не знаю, как это сделать… *(Прошло несколько минут.)* Знаете, я вдруг понял, что и мне нелегко говорить о своих сильных желаниях. Мне легче говорить с вами о разных вещах, чем рассказать о своем желании быть ближе к вам. Я понял, что еще не говорил о себе и все, что я могу, — это вот так — нерешительно — говорить о вас.

Комментарий. Слезы навернулись мне на глаза, я чувствовал, что улыбаюсь сквозь слезы. Он (муж) смотрел на меня тоже сквозь слезы.

Я. Это лучше, чем дискутировать или зря говорить о том и о сем. Хотя, конечно, это невеселое занятие. Но я чувствую себя ближе к вам, потому что мы оба испытываем одно и то же.

Муж. Мне легче справиться с этим чувством, когда я мчусь на машине…

Комментарий. К этому моменту я, кажется, закончил разбираться с собой и был свободен, чтобы снова обратиться к нему. Я вновь предложил ему то же самое, что и сначала, хоть и в измененной форме.

Я. Я очень хотел быть близок к вам, но не знал, как это сделать, а теперь я наконец знаю.

Он начал плакать сильнее, закивал и отвернулся. Его жена мягко дотронулась до него: «Знаешь, это напоминает мне время…» Я прервал ее: «Оставьте его в покое… Вы сможете поговорить с ним после». Я хотел, чтобы он остался здесь, со своими чувствами, а не уходил куда-то…

В этот момент я мысленно оставил их и посетил моего отца. Я летел в прошлое через сцены из своей истории, как маленькая колибри. Я ясно вспомнил тот единственный раз, когда мой отец ласково потрепал мои волосы. Мне стало мучительно ясно, как мне все это время не хватало этого его прикосновения, не хватало теплого раз-

Случай 13

(ОКОНЧАНИЕ)

говора с ним. Ведь он никогда не говорил, что любит меня или даже что я нравлюсь ему. Помню, как я был удивлен, случайно услышав, как в разговоре с одним из моих друзей он с восхищением отозвался обо мне…

Я вернулся назад на нашу встречу, опять увидел обоих супругов. Они смотрели на меня. Я поделился своими мыслями. Тогда муж рассказал ясно, отчетливо, сквозь светлые слезы о своей тоске, вспомнил, как отец учил его водить машину, и это были единственные минуты близости его с отцом. Чтобы усилить его переживание, я предложил ему представить себе своего отца. Он не мог. Он только плакал. «Вы скажите ему, — предложил я, — как вы хотели быть ближе к нему и что вы не знали, как это сделать».

После очень длинной паузы он сказал: «Я часто был так расстроен и зол на него, но я только сейчас понял, что и он не умел…».

ственные чувства. Разговор, зафиксированный в отрывке, никак нельзя назвать последовательным, логичным и всегда понятным. Это естественно, когда люди переживают и пытаются выразить свои чувства. Это касается и психотерапевта. У него нет заранее продуманного плана, стратегии и тактики беседы. Все, чего он хочет добиться от семьи (по крайней мере в этой части разговора), — это искренность и спонтанность в проявлении чувств, поэтому он выражает радость, огорчение или обиду именно тогда, когда действительно переживает эти чувства.

Опросники и системы самоисследования для членов семьи. Отвечая на вопросы о своей семье, члены семьи нередко сталкиваются с необходимостью вспомнить, осознать свою семейную жизнь. Чем больше вопросов, на которые они отвечают, тем ярче и конкретнее их представление о своей семье. И далее — чем оно конкретнее, тем больше возможностей сопоставить его с тем, что они видят.

Наиболее интересный опыт применения таких опросников накоплен исследователями бихевиористского направления. Чаще всего это связано с переговорами супругов о семейном психотерапевтическом контракте. Дело в том, что контракт ставит каждого из супругов перед необходимостью очень точно представить себе, чего на самом деле он хочет от другого, что ему мешает в поведении другого, какие поступки ему выгоднее всего совершать в ответ на желательное для него по ведение. Оказывается, что для того, чтобы ответить на все эти вопросы, приходится всерьез задуматься. По выражению одного из наших пациентов, супруг вдруг оказывается «знакомым незнакомцем». Разрабатывая контракт, супруги нередко «заново открывают» свою семью и себя. Суть процедур, специально предназначенных для того, чтобы подготовить супругов к переговорам о контракте, — побудить каждого искренне ответить самому себе на ряд вопросов.

Поиск ответов помогает увидеть и описать поведение других членов семьи и мотивы, стоящие за ним. Такова программа для родителей, разработанная Петерсоном (Peterson, 1971).

В печати многократно сообщалось об успешном применении методики семейного контракта. Нам представляется, что ее успех в значительной мере связан с тем, что в ходе разработки семейного контракта происходит уточнение, конкретизация представлений членов семьи о потребностях, целях и приоритетах друг друга. Все вопросы, которые члены семьи должны задать себе в соответствии с методикой подготовки к заключению контракта, не являются для них чем-то но-

вым. Те же самые вопросы они часто задают себе в повседневной жизни семьи, но на ходу, мельком, автоматически, без должного внимания. В ходе же подготовки семейного контракта, в силу самой значимости этого события, все привычное деавтоматизируется, привлекает к себе пристальное внимание, и каждый обнаруживает, что плохо представлял себе истинные цели и желания других членов семьи.

Упражнения и задания на преодоление барьеров активизации. «Коварство» барьеров активизации в том, что сам индивид не осознает их. Мы видели, как удивлялись пациенты, когда кто-то помогал им преодолеть барьер и обнаруживалось упущенное ими представление или соображение (см. случаи 9–10). Индивид не подозревает о существовании каких-то еще семейных ситуаций, рассмотрение которых побудило бы его иначе взглянуть на проблему, самому же ему она просто представляется неразрешимой.

Нами использовалась методика «Неразрешимых проблем», которая как раз и заключается в том, что перед пациентом ставится задача, неразрешимая именно в силу имеющихся у него барьеров: обрисовывается проблемная ситуация, похожая на ту, с которой столкнулся он сам, но происшедшая с другими людьми (обычно их число равняется 20), и сообщается, что все они нашли какие-то решения, при этом все — разные. Пациенту предлагается угадать эти решения, выдвигая самые неожиданные версии (по аналогии с методом «мозгового штурма»). Психотерапевт одобряет каждую из них, стараясь как можно ярче представить ситуацию, которая лежит в основе версии, пусть даже неуверенно предложенной пациентом, и помочь ему увидеть ее и поверить, что она более вероятна и реальна, чем ему показалось в первый момент. Например, пациенту с дефицитом влияния на жену обрисовали семейные пары, в которых жена упрямо «поступала так, как сама решила», а мужу нужно было убедить ее сделать нечто, чего она очень не любила (обычно это был визит к нелюбимому родственнику, нелюбимый вид досуга и т. д.), было рассказано о мужьях, которые вопреки всем ожиданиям все-таки сумели переломить упрямство своих жен, и предлагалось угадать, какой способ каждый из них нашел. При этом врач отрицал связь задачи с его (пациента) случаем, говорил о том, что это «задача на знание жизни», подчеркивал, что в реальной жизни встречаются самые неожиданные случаи. По мере того как пациент начинал предлагать какие-то версии, психотерапевт находил способ поддержать каждую из них, подтвердить, что «и такое встречается, и даже достаточно часто».

Опыт показывает, что особенно продуктивен групповой вариант данной методики. В этом случае методика еще ближе к «мозговому штурму». Все члены группы по очереди выдвигают свои версии, психотерапевт же прилагает все усилия, чтобы их поддержать. Весьма поучительным оказывается завершающее обсуждение, ранжирование выдвинутых версий предложений. Обычно проявляются весьма резкие различия между членами группы в оценке версий. То, что одним представляется маловероятным и малоэффективным, другие рассматривают как вполне вероятное и полезное. Спонтанно возникающая в этих случаях дискуссия становится упражнением на конкретизацию: стремясь убедить других членов группы, что «так бывает, причем чаще, чем вы думаете», стараясь как можно ярче показать окружающим, как именно это бывает, убеждающий прибегает к конкретизации.

Другая весьма полезная методика — это «ассоциативные упражнения на конкретизацию». В их основе — формирование представления индивида о какой-то

ранее «пустой» (непредставляемой или схематично представляемой) сфере его жизни путем стимулирования «цепочки ассоциаций».

Практика показала, что эта методика очень важна и эффективна для подготовки самого психотерапевта к работе с семейными представлениями. Значение ее в том, что она помогает ему почувствовать процесс активизации, научиться различать виды семейных представлений при работе с семьей.

Упражнения для психотерапевта

Цель: помочь психотерапевту почувствовать, что такое активизированное представление, ощутить разницу между различными степенями активизации, ознакомиться с явлениями, возникающими в ходе процесса активизации («псевдопредставления», «стереотипные представления»).

Каждое упражнение состоит из трех частей.

1. Фиксация «пустого представления», наблюдение за его психологическими признаками.
2. Заполнение его с помощью стимулируемой цепи ассоциаций.
3. Наблюдение за активизированным представлением и его психологическими и психотерапевтическими свойствами.

Опыт показал, что, выполняя эти упражнения, психотерапевту лучше придерживаться определенной последовательности: а) начинать с упражнений «индивидуального» (несемейного) характера и лишь после этого переходить к «семейным сценам» и б) начинать с тех сцен («представлений»), незнание которых и неспособность их активизировать легче осознать. Например, люди скорее осознают и признаются в том, что смутно представляют себе свое раннее детство, чем в том, что не представляют себе, как в действительности происходит семейная ссора.

Упражнение 1. Раннее детство

1. *Воспоминания о детстве*. Попытайтесь ответить на вопрос: с какого возраста вы себя помните, к какому возрасту относится ваше самое первое воспоминание? Сделайте попытку (скорее всего, она будет неудачной) вспомнить, какой вам представлялась окружающая жизнь и взрослые в это время, при этом наблюдайте за двумя моментами:
   а) как попытка вспомнить натыкается на темные пятна — на отсутствие воспоминаний;
   б) как возникают всевозможные псевдовоспоминания: отсутствующие воспоминания о том далеком времени заменяются поверхностными стереотипными представлениями о раннем детстве, вашими домыслами о том, как все это могло быть, отзвуками чьих-то рассказов и т. д. Благодаря им через какое-то время у вас появится то, что можно было бы назвать «псевдопредставлением», — схематизированное, отражающее расхожие поверхностные стереотипы представление о вашем раннем детстве. Это псевдопредставление является хорошим аналогом второй ступени процесса конкретизации семейного сценария.
2. *Ассоциативный процесс*. Подготовьте стопку чистых карточек. Обратитесь к своему самому первому воспоминанию. Запишите его на карточку. Через

какое-то время у вас спонтанно возникнет следующее. Также запишите его на отдельную карточку. Следом будут одно за другим всплывать новые воспоминания. Сразу же записывайте каждое из них. Лучше всего, если в это время вы будете один (например, занимаясь какой-то несложной работой). Воспоминания будут всплывать на протяжении нескольких дней. Каждый раз записывайте, прочитывайте все уже записанное и спокойно возвращайтесь к своему занятию.

3. *Наблюдения над активизированным представлением.* К моменту, когда у вас наберется 50–70 карточек, перед вашим внутренним взором уже сформируется определенная картина вашего раннего детства. Понаблюдайте за ее отличиями от схематичного, стереотипного представления, возникшего на основе псевдовоспоминаний. Спросите себя, по каким признакам вы сумели бы различить их между собой (например, если бы не знали, какое из них возникло на основе «взрослых» стереотипных представлений о детстве). Обратите внимание на различный характер тех и других. Ассоциативное воспоминание может резко отличаться от псевдовоспоминания стилистически (например, быть мозаичнее, состоять из множества несвязанных между собой ярких деталей) и тематически (касаться совсем других сторон жизни — тех, которые действительно были для вас наиболее важны в детстве).

Упражнение 2. Представления о ситуациях повседневной жизни

Следуя той же методике ассоциаций, сформируйте «псевдопредставление» и представление о какой-то ситуации в своей повседневной жизни: например, о минуте перед тем, как вы «срываетесь» (закуриваете, хотя решили не курить, вступаете в конфликт, хотя решили этого не делать, и т. д.). Трудность данного задания в том, что в самом начале у вас будет ощущение (как вы увидите позднее — неверное), что вы «и так прекрасно знаете, как это бывает». В действительности наблюдение над сформированным в результате ассоциативной активизации представлением нередко показывает, что они резко отличаются друг от друга (например, первое часто не является эмоционально насыщенным — «срыв» оказывается неожиданностью для самого индивида).

Далее можно попробовать «семейные сцены»: «ссора перед уходом на работу», «вступление к сексуальному сближению» и т. п.

Наивные семейные постулаты

Семейными постулатами мы называем суждения членов семьи о своей семье (т. е. о себе и о других членах семьи, об отдельных сценах в жизни семьи и о семье в целом), которые представляются им очевидными и которыми они руководствуются (осознанно или неосознанно) в своем поведении.

Можно выделить несколько видов семейных постулатов.

1. *Убеждения* («Мать должна любить своих детей»). Чье-либо сомнение в верности суждения такого типа вызывает у члена семьи негативную реакцию (например, раздражение).
2. *Самоочевидные суждения.* Члену семьи даже не приходит в голову сомневаться в них, и чье-либо сомнение он воспринимает с удивлением.

3. *Неосознаваемые суждения*: они скрыты от сознания индивида, который сам не знает о том, что считает именно так, — об этом и мы и он узнаем, только выявляя скрытый подтекст его рассказов о семье, о ее проблемах. Например, когда супруг заявляет: «Мужчина не должен помогать жене по хозяйству — он должен быть главой семьи», он высказывает неосознаваемое суждение: «Помогать жене — значит подчиняться ей». Человек может никогда сознательно не формулировать для себя эту мысль. Однако он подразумевает ее каждый раз, когда думает о взаимоотношениях с женой и о своем месте в семье.

По содержанию семейные постулаты могут быть:

- *ситуационными*: «Через несколько лет дети повзрослеют и станут самостоятельнее»; «Если будет совсем плохо, можно развестись» — это самоочевидное суждение об обстоятельствах жизни семьи;
- *психологическими*: «Жены всегда стремятся прибрать мужа к рукам» — это очевидная истина о психологических свойствах членов семьи;
- *нравственными*: «Дети не должны видеть, как мы ругаемся», «Жена должна быть счастлива, что я женился на ней» — это утверждения, касающиеся того, как супруги должны поступать; немалая часть их также неосознаваема.

«Самоочевидные суждения» и их роль в процессе жизнедеятельности семьи оказывались в центре внимания различных исследователей. Под названием «семейные мифы» они изучались Феррейрой (Ferreira, 1966)[1]. Он же исследовал их роль в решении семейных проблем и формировании взаимоотношений в семье.

Неоднократно предпринимались попытки составить хотя бы примерные списки самоочевидных суждений. В качестве примера можно привести список, приведенный Гликом и Кесслером (Glick, Kessler, 1980) (см. случай 14).

Роль семейных постулатов

Семейные постулаты и представления семьи о себе

Представления членов семьи о своей семье буквально насыщены самоочевидными истинами — семейными постулатами.

Обратимся к уже рассмотренному случаю с семейной ревностью (Иван и Лолита С.). В основе многих претензий и требований Ивана С. к жене лежат постулаты, в истинности которых он не сомневается: «Жена обязана любить мужа» и «Если муж сомневается в верности жены, то она должна предоставить ему доказательства своей верности». Его сомнения в верности жены тесно связаны с его же психологическим постулатом: «Женщины — легкомысленны и легко поддаются соблазнам», который носит у него характер убеждения. В ходе беседы с психотерапевтом Иван С. сформулировал его очень четко: «Женщина по природе своей — кокетка». Не меньшую роль в его сомнениях играют и столь же самоочевидными кажутся ему его психологические постулаты относительно природы женского чувства к мужчине. Как мы помним, он не сомневается, что основную роль в этом чувстве играют «чисто мужские» достоинства мужа. В представлениях

[1] См. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998. С. 558.

Случай 14

МИФЫ О ПУТЯХ ДОСТИЖЕНИЯ СУПРУЖЕСКОГО СЧАСТЬЯ (ПО GLICK, KESSLER, 1980)

Наивный постулат (миф)	Психологический комментарий
1. От семьи и брака требуется максимум счастья. Семья должна быть для индивида главным источником удовлетворения.	Это романтический миф. Он не учитывает того обстоятельства, что большую часть источников радости и удовлетворения индивид обычно находит вне семьи.
2. В семейной жизни особенно важна близость — как физическая, так и эмоциональная, — через совместное участие в самых различных видах деятельности. Именно она ведет к нормальной семейной жизни и к семейному счастью.	Верность этого убеждения сильно зависит от конкретной семьи и условий, в которых она живет. Не существует единой модели семейных отношений, пригодной для любой семьи в любых условиях.
3. Супруги должны быть совершенно искренни друг с другом.	С одной стороны, действительно — открытость и честность очень желательны, особенно когда помогают открытой постановке и конструктивному решению проблем. Однако они могут быть и разрушительны, когда открытость и честность диктуются враждебными, разрушительными чувствами.
4. В счастливой семье не бывает размолвок. Если же люди ссорятся, то это значит, что они ненавидят друг друга.	Споры в семье неизбежны и нередко ведут к ссорам, однако могут помочь прояснить чувства членов семьи и, если они не ограничиваются исключительно личными нападками, могут быть конструктивны. Такие споры предпочтительнее, чем мнимое согласие.
5. Супруги должны быть едины во всех вопросах и выработать общий взгляд на все жизненные ситуации.	Различия в происхождении, жизненном опыте, личности делают такое единство неосуществимым; на самом деле именно различие во взглядах, реализуемое конструктивно, может обеспечить семью более широким выбором возможных решений различных ее проблем.
6. Супруги должны быть бескорыстны и думать о семье, а не о себе.	Полный отказ от своих интересов в семье нежелателен. Необходимо, чтобы индивид существовал и как отдельная личность, а не только как некий довесок к счастью других.
7. Если в семье что-то идет не так — очень важно выяснить, кто в этом виноват.	Необходим не поиск виноватого, а глубокое осмысление семейной проблемы, с тем чтобы разделить ответственность за ее решение.
8. «Копаться в прошлом» полезно, если сегодня дела идут не так хорошо, как шли раньше.	Постоянное обращение к прошлому, особенно к прошлым ошибкам, в действительности лишь переносит в прошлое нынешние проблемы — вместо того чтобы помогать решать их в настоящем — здесь и сейчас.
9. В семейных конфликтах один супруг обычно бывает прав, другой — не прав.	«Борьба за очки» чаще всего неблагоприятна для семьи. Отношения в семье страдают,

Случай 14

(ОКОНЧАНИЕ)

Правота или неправота каждого определяется количеством набранных очков.	если конкуренция преобладает над сотрудничеством.
10. Хорошие сексуальные отношения с необходимостью ведут к хорошему браку.	Хорошие сексуальные отношения — важный компонент хорошего брака, однако они никак не предохраняют семью от других проблем.

Ивана С. немало неосознаваемых постулатов. Так, когда он утверждает, что «жена должна любить мужа», то за этим стоит подразумеваемое положение: «Кого она полюбит, полностью зависит от женщины, она может по своему желанию переключать свою любовь с одного мужчины на другого».

Роль семейных постулатов в формировании и функционировании образа семьи

Постулаты играют немалую роль в формировании и функционировании образа семьи. Они взаимосвязаны. Семейные представления определяют содержание постулата: когда муж говорит, что женщины «вообще» легкомысленны, то перед его мысленным взором — весьма определенный тип женщины, кидающей кокетливые взгляды на встречных мужчин, и для него такая женщина и есть «женщина вообще». Семейные представления определяют содержание постулата, причем не только тогда, когда индивид думает о своих взаимоотношениях с женой, но и когда оценивает ее реальное поведение: даже если реальная женщина (его жена) не ведет себя соответственно его представлениям, он все-таки считает само собой разумеющимся, что она склонна вести себя именно так и что она просто «скрывает свою природу».

Мы можем утверждать, что содержание семейного постулата «ситуативно». Это означает, что, беседуя с мужем и слыша высказанное им суждение, мы не поймем его адекватно, пока не «увидим» семейное представление, стоящее за этим суждением. Не соглашаясь с утверждением «муж должен помогать своей семье», Иван С. имеет в виду вполне определенное семейное представление (в данном случае — унизительную картину, где он покорно подчиняется каждому слову своей супруги). Мы можем не понять его возражений, если перед нашим взором будет совершенно иная, идиллическая картина семейной гармонии.

Семейные постулаты играют немалую роль, направляя процесс активизации семейных представлений. Когда индивид узнает о будущем пополнении семейства, то мысль: «Новорожденный всегда приносит много хлопот» (обстоятельственный постулат) может дать толчок его воображению и процессу активизации картин-сценариев этих хлопот.

Семейные постулаты выполняют интегрирующую функцию. Они соединяют общие, внесемейные представления индивида (о жизни, о людях вообще, о других семьях и о семьях вообще) с его представлениями о своей семье. Когда ревнивый муж утверждает как нечто очевидное, что «женщины легкомысленны», то он имеет в виду и женщин вообще, и свою жену; этот постулат характеризует ситуацию и в его семье, и в обществе в целом. То же касается и постулатов «настоящий

муж чина не должен помогать жене» и «ребенок доставляет семье немало хлопот» и т. д. Через постулаты индивид привносит в свою семью «внешний мир» — все то, чему он научился вне своей семьи: в детстве, в подростковой среде, в других семьях, через средства массовой информации.

Семейные постулаты и психотерапевтический контакт с семьей

Мы видели, что семейные постулаты пациента нередко имеют самоочевидный характер и поэтому защищены от критики. Мы также видели, что за одним и тем же суждением у пациента и у психотерапевта могут стоять совершенно разные семейные представления. В силу всего этого семейные постулаты пациента могут сильно искажать коммуникацию и служить барьером для взаимопонимания пациента и психотерапевта.

Если то, о чем говорит психотерапевт, противоречит хоть одному из многочисленных постулатов пациента, возникает целый ряд «барьеров коммуникации».

1. Пациент не воспринимает то, что говорит психотерапевт, — относится к его словам как к «шуму», т. е. к тому, что не связано с делом и лишь мешает понять, что имеет в виду психотерапевт.
2. Пациент воспринимает слова психотерапевта как «книжную мудрость», не имеющую прямого отношения к его жизни. Директива психолога или психотерапевта: «Было бы хорошо, если бы вы больше помогали вашей жене» — воспринимается пациентом как давно известная «мораль»: нечто, что необходимо признавать, но выполнять не нужно, или же как высказывание, относящееся к социальной роли психотерапевта: «Им полагается так говорить». Обусловленное семейным постулатом сопротивление может быть выражено словами пациента: «Может быть, с точки зрения науки вы и правы, но в реальной жизни все не так».
3. Пациент имитирует понимание. Речь идет о старательном пациенте, который искренне пытается понять, чего от него хотят, и с готовностью кивает головой, как только хоть что-то кажется ему понятным, — например, когда что-то в высказываниях, вопросах или поведении психотерапевта соответствует его семейным представлениям. Иллюзия взаимопонимания с пациентом может в этом случае часто нарушаться, но затем восстанавливаться вновь и вновь — при каждом новом совпадении.

Для изучения семейных представлений нами были разработаны и апробированы в клинической практике специальные процедуры. Основная их идея заключалась в том, чтобы поставить испытуемого перед необходимостью применить имеющиеся у него семейные представления для решения практически важных для него задач.

Диагностическая и психотерапевтическая процедура «Наивная семейная психология» (НСП) была организована следующим образом. В начале исследования у пациента создавалось впечатление, что изучается его социальная компетенция — экспериментатор спрашивал его: хорошо ли он знает людей? умеет ли определить их настроение? может ли, понаблюдав за человеком, в общих чертах определить

особенности его характера? Давались и другие задания: например, психолог рисовал всевозможные картинки типа «точка, точка, запятая, минус — рожица кривая» и просил определить выражение лица. Ответ неизменно признавался правильным, и испытуемому говорилось, что он хорошо знает людей. Основные задания также предъявлялись как задачи «на знание людей». Психотерапевт обрисовывал определенную семейную ситуацию, герой которой стоит перед выбором, сообщал, что ситуация эта действительно имела место, и предлагал, используя знание людей и жизни, угадать, каков был выбор. Получив такое задание, испытуемый обычно (примерно в 80% случаев) замечал, что, для того чтобы угадать поведение героя, надо что-то знать о нем. Психолог соглашался с этим и просил задать любое количество вопросов об особенностях ситуации и личности героя. «Спрашивайте до тех пор, — говорил психолог, — пока не сможете с полной уверенностью угадать, как поступил герой». Можно было задавать лишь те вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет». Испытуемого мы инструктировали следующим образом: «Сосредоточьте внимание на своих ответах, мыслях и чувствах, а не на психотерапевте». Это делалось для профилактики возможной агрессии человека, оказавшегося в трудной ситуации восприятия неопределенных ответов психотерапевта. Когда испытуемый задавал вопросы, они признавались очень интересными, но ответ на них давался уклончивый (экспериментатор сообщал, что, к сожалению, как раз этого момента он не знает) или неопределенный (например, на вопрос, доволен ли герой своей семейной жизнью, следовал ответ: «и да, и нет»). Такая тактика ответов ставила своей целью побудить пациента к дальнейшим вопросам. Психологический расчет, заложенный в основу диагностической процедуры, заключался в том, чтобы максимально заинтересовать пациента в конечном результате — угадывании, как именно поступил герой. Поскольку речь шла об угадывании реального поступка, то индивид был заинтересован в применении реальных, а не провозглашаемых (престижных и т. п.) представлений. Для угадывания предлагались типовые ситуации (см. приложение 4).

Мы исходили из предположения, что вопросы испытуемых покажут, какая именно информация им нужна для конструирования представления о ситуации и об участвующих в ней членах семьи. При этом допускалось, что если пациент, задав некоторое число вопросов, берется в точности предугадать поведение героя, то это значит, что для создания субъективного представления о данной ситуации ему достаточно той информации, которая содержится в рассказе и в ответах экспериментатора.

Кроме основных заданий-ситуаций, общих для всех лиц, обследовавшихся в ходе семейной консультации и в клинике, пациент, как правило, получал индивидуальное задание-ситуацию, в которой обрисовывалась проблема того же типа, что и его собственная. Это были ситуации из клиники неврозов, патологической ревности, алкоголизма, сексологической клиники и др., примеры их будут приведены в соответствующих разделах.

Вопросы, которые задавал пациент, фиксировались. Когда он сообщал, что может определить, как поступил герой, психолог просил его сначала указать, насколько он уверен, что правильно установил решение героя. «На сколько процентов вы гарантируете, что не ошиблись?» — спрашивал психолог. После того как давался ответ (назывался процент), психолог просил указать, каким было решение героя. Испытуемый отвечал, как, по его мнению, поступил герой. В любом

случае его ответ признавался правильным и подтверждающим тот факт, что он хорошо знает людей.

После этого начиналась вторая стадия обследования. Пациента просили «поделиться секретом», как ему удалось угадать решения и что он хотел узнать с помощью каждого из заданных вопросов. Целью второй части эксперимента было выявление наивно-психологических представлений, которые индивид применяет в практической ситуации. Например, в первой части испытуемый задавал вопрос: «Доволен ли герой своей семейной жизнью?», а во второй этот вопрос комментировался: «Если доволен, то не станет скрывать деньги и внесет их в семейную кассу». Из этого делался вывод, что испытуемый считает очевидным: если человек доволен семьей, то он в большей мере учитывает интересы семьи, чем если он недоволен. Выявленная таким образом «очевидная» связь и является одной из присущих пациенту наивных теорий. Слово «очевидная» мы поставили в кавычки, так как для другого человека очевидным могло оказаться как раз противоположное: чем больше доволен семьей, тем менее склонен отдавать ей все силы: «Раз и так все хорошо, зачем отдавать деньги?»

На третьем этапе обследования проводилась обработка полученных результатов, включавшая установление уровня сложности представлений, которыми оперирует испытуемый. Каждый отдельный факт, содержавшийся в задании (рассказе психолога) и в ответах на вопросы, рассматривался в качестве элемента представления испытуемого о ситуации и о личности участвующего в ней героя. Если, например, он задавал мало вопросов, из этого можно было сделать вывод, что для уверенного предсказания ему требуется не много фактов и что, следовательно, его субъективная модель ситуации состоит из малого числа элементов, т. е. относительно проста. Если же вопросов было много, это означало, что субъективная модель сложна и состоит из большого числа элементов. Далее следовала «реконструктивная» стадия обработки полученных результатов. На основе зафиксированных вопросов пациента и его пояснений к ним устанавливалась совокупность его наивно-психологических представлений и реконструировалось его представление о ситуации. При этом основное внимание уделялось тому, что именно в ситуации он считает очевидным и что является объектом выяснения, что он включает в свое представление о ситуации и (что не менее важно) чего не учитывает. На основе полученных сведений устанавливалась связь нарушений в семейном представлении с наблюдаемыми нервно-психическими расстройствами.

Основные результаты применения методической процедуры в клинической практике. С помощью описанной методики нами обследовано 60 пациентов, проходивших семейную психотерапию (44 женщины и 16 мужчин), с различными диагнозами (невротическими и соматоформными расстройствами, расстройствами личности, алкоголизмом, сексуальными нарушениями, суицидальным поведением). Исследования показали принципиальную возможность выявления семейных представлений о различных семейных ситуациях.

Установлено, что эти представления высокоселективны: относительно просты по структуре и включают относительно мало элементов. Так, 180 полученных представлений об отдельных ситуациях распределились по их сложности (числу включаемых элементов) следующим образом: 19% — наиболее простые представления: опрашиваемые брались уверенно установить, как поступил герой, не задав ни одного вопроса (примитивные представления); 35% — простые представле-

ния: до 5 вопросов; 32% — представления средней сложности: 6–10 вопросов; 14% — сложные модели: 11 вопросов и более.

Не выявлено статистически значимой связи между сложностью модели и уверенностью предсказания. Факт преобладания относительно простых моделей требует серьезного внимания и учета в психотерапевтической работе. Он свидетельствует о том, что, принимая различного рода решения, члены семьи исходят, как правило, из небольшого числа особенностей ситуации. Существующие у обследованных пациентов навыки представления ситуации и анализа ее в большинстве случаев являются навыками «экспресс-анализа», ориентируются на малый объем извлекаемой из памяти и дополнительно получаемой информации.

Естественно, возникают вопросы: каковы психотерапевтические перспективы усложнения этих представлений? Можно ли, проводя работу по включению в представления о ситуации (в «типовой сценарий», в «наивно-психологические представления») новых элементов — нужных и полезных с точки зрения коррекции, — добиться изменения поведения? Разумеется, ответ на эти вопросы может быть получен лишь в практической психотерапии. Картину того, что происходит в случае изменения представления, и в частности его обогащения, проясняют данные дополнительного исследования, проведенного в ходе применения процедуры «Наивная семейная психология». После того как пациент заканчивал предъявление своих вопросов и сообщал, как, по его мнению, поступил герой, исследователь спрашивал его: «Вы бы хотели взглянуть на вопросы, которые задавали другие люди?» Обычно (за одним исключением) пациент изъявлял такое желание. Тогда психолог предъявлял ему большой список всевозможных вопросов (общая численность — 50), относящихся к данной ситуации и к личности героя. Испытуемый просматривал их, после чего психолог спрашивал: «Может быть, среди этих вопросов есть такие, на которые и вы хотели бы получить ответ?» Все испытуемые заявили, что хотели бы задать такие вопросы. В качестве характеристики активности была избрана такая мера: число вновь заданных, дополнительных, вопросов меньше, равно или превышает число самостоятельно заданных. Результаты оказались следующими: 20 человек задали столько же или меньше новых вопросов; 13 — больше новых вопросов, чем было задано самостоятельно. Особенно важно то, что новая информация (существенное усложнение представления) оказала значительное воздействие на предсказание поведения героя. В 11 случаях (33%) испытуемые под влиянием новой информации изменили решение хотя бы в одной из трех задач. В целом выводы были изменены в 39% случаев. Когда их спрашивали, почему же эти вопросы не были заданы сразу, большинство пациентов отвечали, что они просто «не пришли им в голову». Полученные данные показывают, сколь большую роль в формировании семейных представлений играют имеющиеся у пациентов навыки извлечения информации и привычные способы формирования представлений о различных ситуациях. Немалую часть информации индивид искренне будет считать очень важной для правильного понимания семейной ситуации, однако, столкнувшись с той же ситуацией в жизни, он даже не вспомнит об этом, так как у него нет привычки обращать внимание на наличие необходимой информации именно в момент встречи с ситуацией — это не входит в его реальное представление.

Психиатр или психотерапевт, столкнувшись в практической деятельности с тем, что пациент не учитывает какой-то важный момент ситуации (особенно

проблемной), часто склонен искать неосознаваемые мотивы, обусловливающие игнорирование. Нам представляется, что в значительном большинстве случаев речь идет не о неосознаваемой информации, не о действии механизмов вытеснения, а о неучитываемой информации. В практических ситуациях пациент просто не имеет привычки учитывать этот момент. Психотерапевтическая помощь по формированию такой привычки (изменения практического представления) может привести к нужному изменению поведения.

Проведенное исследование показало, что сложность представлений, которыми оперируют обследованные пациенты, в значительной мере зависит не только от личности пациента, но и от ситуации, исход которой он стремился предугадать: 36% опрошенных больше всего вопросов задали по первой ситуации («заманчивая работа в другом городе»); 30% пациентов — по второй («внеплановые деньги»); 34% — по третьей («отказ 14-летнего подростка подчиниться»). Это означает, что, кроме индивидуальной склонности к простым или сложным представлениям, существует еще ситуационно обусловленная — что пациент, обычно склонный оперировать сложными представлениями, как раз в психотерапевтически важной ситуации (например, в той, которая сыграла наибольшую роль в возникновении его нервно-психического расстройства) оперирует весьма простым и даже примитивным представлением. Установление «личностной склонности» (т. е. того, сколь сложным представлением о ситуации склонен оперировать индивид в большинстве ситуаций) и «ситуационной обусловленности» (т. е. того, насколько сложность представления об интересующей психотерапевта ситуации отличается от обычной для пациента) может стать важным моментом в поиске источников нарушений семейного представления.

Выявлены значительные различия в структуре представлений у различных пациентов даже в том случае, когда они судят об одной и той же ситуации: выделяются разные аспекты ситуации, применяются различные наивно-психологические объяснения.

Нами разработана диагностико-психотерапевтическая процедура «Наивная семейная психология», с помощью которой выявлены примитивные, селективные, когнитивные модели: это «стимульная модель ситуации», «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи», «накопление положительных качеств».

Указанные модели описаны на основании того, какие вопросы задают испытуемые и какие цели они преследуют, задавая эти вопросы. Модели отражают «стратегию» обследованных членов семей, просматривающуюся в характере и последовательности информации, которую они стремятся получить (см. приложение 4 «Диагностико-психотерапевтическая процедура “Наивная семейная психология”» — НСП).

«Стимульная модель ситуации». Отличительный ее признак — наивно-психологическое представление испытуемых об однозначном соответствии между определенными аспектами ситуации, в которой оказался член семьи, и его реакцией на эту ситуацию. Испытуемые данного типа полагают очевидным, что в такой ситуации существует один, общий для большинства людей, стереотип поведения. Обычными для испытуемых, придерживающихся такой модели, были следующие вопросы и комментарии к ним.

Ситуация — «Внеплановые деньги». Вопрос испытуемого: «А жена точно не узнает, что он получил премию?» Ответ психолога: «Трудно сказать». Коммента-

рий испытуемого: «Если жена точно не узнает и если у него к тому же есть какое-то свое желание, то он наверняка скроет деньги. Если не скроет, то он — просто дурак».

Предугадывая поведение отца, столкнувшегося с неповиновением подростка, такие испытуемые практически не задавали вопросов и категорически заявляли, что отец применит физическое наказание либо (столь же категорически) что не применит. Пример ответа с комментарием: «Наверняка будет бить его или иначе наказывать, пока не переломит упрямство. Так бы поступил на его месте любой отец».

О муже, получившем заманчивое предложение работать в другом городе, что связано с необходимостью длительной разлуки с семьей, эти пациенты говорили: «Согласился бы» или: «Отказался бы» со сходной мотивировкой («Так поступил бы любой на его месте»). Итак, испытуемые этой группы были убеждены, что любой человек, вне зависимости от своих индивидуальных особенностей, ведет себя в одинаковых условиях одним и тем же образом.

«Стимульная модель» состоит из элементов всего двух видов: первый — отдельные стимулирующие возможности (в приведенных примерах — возможность утаить деньги, непослушание подростка или необходимость жить отдельно от семьи); второй — реакции на эти возможности в виде вполне определенных стереотипных действий. Мыслительные модели данного типа весьма селективны. За их пределами остается информация о подавляющем большинстве важнейших, казалось бы, аспектов ситуации — например, в какой мере поступок героя согласуется с его собственными нравственными представлениями. Носителей «стимульной модели» мало интересует и информация о личности героя: никто из них не спросил, что он собой представляет, любит ли свою жену, каковы его взаимоотношения с ней и ее характер. Модель эта бедна и с точки зрения отражения связей между элементами ситуации: в ней присутствует лишь один вид связи, который можно обозначить терминами «влечет» или «вызывает», — это жестко детерминированная связь между стимулирующими особенностями ситуации и ответными реакциями индивида.

С точки зрения дальнейшей консультационной и психотерапевтической работы данный тип представлений о семье наименее благоприятен, что связано с несколькими обстоятельствами. Во-первых, в его основе лежит предположение о фактическом бессилии человека перед обстоятельствами, побуждающими его к поступкам, вредным для семьи: не индивид управляет обстоятельствами, а они им. Из этого следует представление о естественности антисемейного поведения во многих, причем отнюдь не слишком драматичных, семейных ситуациях. Во-вторых, данная модель «близорука»: предпринимая какие-либо действия, ее носители предвидят только ближайшие последствия, не учитывая более отдаленных. Мать с субъективными представлениями такого типа резко возражает против увлечения подростка техникой, так как оно создает беспорядок в доме, совершенно не думая о том, что это увлечение может оказаться полезным, поскольку удерживает его от контактов с неблагоприятно влияющими на него друзьями. В-третьих, «антипсихологичность» взглядов членов семей с такой моделью, пониженная рефлексивность их семейных представлений, создало серьезные трудности в ходе семейного консультирования и семейной психотерапии. Члены таких семей, обращаясь к психотерапевту, верят, что существует один-единственный способ дей-

ствия против любого явления семейной жизни, которое их не устраивает. Типичная для них постановка вопроса: «Что нужно делать, если сын не хочет учиться, муж злоупотребляет спиртными напитками и т. п.?» Указание психолога на то, что для ответа на этот вопрос надо разобраться в психологических особенностях сына или мужа, вызывает (в полном соответствии с их теорией «стимул — реакция») представление о нереалистичности, чрезмерной научности, теоретичности подхода психотерапевта, ощущение того, что он «все усложняет», уходит от прямого ответа. Для лиц с таким представлением о семейной жизни, как правило, является наиболее приемлемой и вызывающей наименьшее внутреннее сопротивление индивидуальная поведенческая психотерапия. В тех же случаях, когда и она неприемлема, перед психологом или психиатром возникает необходимость немалой работы по усложнению, обогащению субъективного представления членов такой семьи.

«Борьба со злыми силами, искушающими члена семьи». В основе модели лежит представление о том, что внутри человека таятся, стремясь вырваться наружу, некие «злые силы». Они-то и становятся источником различных неблагоприятных, с точки зрения семьи, видов поведения. Лица, склонные к типовым сценариям такого рода, представляют себе человека — члена семьи — существом, осаждаемым многочисленными и мощными силами, направленными против семьи. Это сексуальные и гедонистические влечения (нежелание тратить силы на семью, трудиться, например в домашнем хозяйстве), неприятие ограничений, неизбежно связанных с жизнью в семье (отказ от «свободной», «беззаботной жизни» и т. п.). Сообразно со своим представлением носители этой модели ищут в объективных особенностях ситуации и субъективных качествах героев предложенных им заданий то, что может сдержать действие «злых сил», и предлагают свой прогноз поведения — в зависимости от того, находят или нет. Многие испытуемые с представлениями данного типа рассматривают отсутствие у индивида опыта противосемейного поведения как сдерживающий момент. Иначе говоря, по их мнению, труднее всего оторваться от семьи, утаить часть денег, наказать подростка физически в первый раз, после этого происходит как бы «утрата нравственной невинности», и в следующий раз уже значительно легче совершить соответствующий поступок.

Понятно, что вопрос о том, совершал ли герой ранее подобные нарушения, встречается наиболее часто: «А раньше он когда-нибудь обманывал жену? Если да, то обманет и на этот раз», «А раньше он бил сына? Если да, то и на этот раз так сделает». Носители этой модели проявляют заметный интерес к нравственным качествам героя, их интересует, настолько ли они выражены, чтобы противостоять «злым силам»: «А герой — человек с совестью?», «Есть ли у него чувство долга перед семьей?» Комментарии к вопросам также показывают, что в их представлениях действует правило «первого раза»: если герой однажды поступился совестью или чувством долга, то в следующий раз они уже оказывают значительно меньшее сдерживающее влияние.

Рассмотрим структуру данной модели. Набор элементов, из которых состоит модель «наличие злых сил», невелик, хотя он и несколько больше, чем в «стимульной» модели. Ведущую роль играет представление о «злых силах». Это — константа, «присущая всем людям». Соблазн изменить, или избежать неприятностей семейного труда, или утаить часть денежных средств присущ каждому чело-

веку, в чем испытуемые настолько уверены, что не задают на этот счет никаких вопросов. Второй обязательный элемент — факторы, сдерживающие действие «злых сил». Третий — внешние обстоятельства, способствующие тому, чтобы «злые силы» вырвались наружу. Для других аспектов ситуации и психологических особенностей личности в модели не находится места. Модель явно антипсихологична, моралистична по своему характеру. В ней практически полностью игнорируются психологические особенности различных людей, их семейное поведение рассматривается исключительно в категориях нравственной борьбы с соблазнами.

Значение данной мыслительной модели двойственно. С одной стороны, она направлена на укрепление стабильности семьи — в частности, то, что подчеркивается исключительная важность «первого раза», в какой-то мере оберегает носителей такой модели от опасных для стабильности семьи поступков. По-видимому, такое субъективное представление может выполнять определенную роль по сдерживанию на первой стадии развития ряда неблагоприятных особенностей и нарушений в личности членов семьи, в частности алкоголизации, психопатизации. С другой стороны, данная модель стимулирует формирование жестких моральных норм у индивида в семье благодаря тому, что именно они рассматриваются как единственный фактор стабильности семьи.

В то же время антипсихологичность такого представления создает семье целый ряд дополнительных трудностей, в немалой степени осложняющих решение различных психологических проблем. Это следующая из «моралистичности» установка на подавление психологических особенностей индивида: именно он должен приспосабливаться к семье, а не семья к его психологическим особенностям. При проведении психотерапии также создаются определенные трудности, связанные с ориентацией на чисто этическое решение психологических ситуаций. Носители подобного представления уверены, что единственный путь решения любой психологической проблемы — это установить, кто в данном случае прав или виноват. Говоря в ходе психотерапии о своих чувствах, они более всего интересуются вопросами: имеют ли они право испытывать такие чувства и не являются ли такие чувства нравственно осуждаемыми? Трудность в психотерапии и психологическом консультировании этих лиц создает и характерное для них сопротивление психологическому объяснению поступков людей, чье поведение они считают неправильным. Это сопротивление в значительной мере (осознанно или неосознанно) связано с их представлением о том, что «понять — значит простить», и, следовательно, объясняя поступок человека его психологическими особенностями, мы тем самым оправдываем его поведение, так как оно признается независимым от его воли.

Склонность к нравственной интерпретации и к поиску моральных причин различных нарушений у таких лиц необходимо учитывать на различных этапах консультирования. Так, отец, обратившийся с жалобами на трудности в поведении подростка с акцентуацией демонстративно гиперкомпенсаторного типа (истероидной), во время второй консультации, преодолевая значительное внутреннее сопротивление, сказал, что считает себя виновным в нарушениях поведения подростка. Свою вину он видел в том, что поздно женился; сын родился, когда отцу было уже за 40, поэтому он и стал «таким ненормальным»; это мнение поддерживает и жена. Рациональные разъяснения (со ссылкой на специальную литерату-

ру) того, что нет никаких оснований усматривать связь между возрастом отца и какими-то нарушениями поведения сына, не дали результата. Тогда консультант изменил тактику и обсудил вместе с отцом, что тот мог вообще не обзаводиться сыном, сэкономив немало здоровья и реализовав многие свои планы. Вместо этого, жертвуя собой, он взял на себя этот труд, несмотря на то что в таком возрасте уже тяжелее воспитывать сына. Иначе говоря, консультант помог отцу понять нравственную ценность его поступка. В результате чувство вины было снято, отец почувствовал себя оправданным и с этого момента был психологически готов к поиску реальных причин нарушений в поведении подростка.

«Накопление положительных качеств». Основанием этой модели служит представление о том, что поведение человека в семье определяется соотношением между положительными и отрицательными его качествами и поступками. Согласно этой наивно-психологической теории, считается очевидным, что любые положительные поступки индивида, совершенные в пользу семьи, повышают вероятность дальнейших «просемейных поступков». Точно так же различные отрицательные поступки или качества уменьшают вероятность того, что индивид в следующий раз выберет правильное поведение.

Судя по вопросам испытуемых данной группы, главными качествами, действующими в пользу правильного (в их понимании) поведения, являются следующие: равнодушие героя к потреблению алкогольных напитков, хорошие отзывы о нем на работе, любовь к чтению, отрицательное отношение к легкомысленным поступкам, солидность, любовь к детям, хозяйственность. Прогноз поведения героев эти испытуемые строят, опираясь на соотношение полученных от экспериментатора ответов, положительно или отрицательно характеризующих героя. Таким образом, элементами данной модели выступают отдельные качества индивида, причем каждому из них испытуемый приписывает определенный знак (плюс или минус), а также некое общее качество, которое может быть обозначено как «общее отношение к семье». Чем больше у индивида «просемейных» качеств, тем более это отношение ориентировано в пользу семьи и тем выше вероятность, что в противоречивой ситуации индивид выберет именно «просемейную» линию поведения.

Ограниченность данной модели проявляется, во-первых, в отрицании роли объективных факторов. Испытуемые практически не задают вопросов о материальном положении семьи, о ее потребностях, о длительности брака и т. п. Объективным факторам отводится сугубо второстепенная роль — роль полигона, на котором происходят испытания отношений индивида к своей семье. Это, разумеется, обедняет мыслительную модель, делает ее менее эффективной. Во-вторых, за рамками модели остаются те свойства личности, которым испытуемые не могут однозначно приписать значение «хороших» или «плохих» — например интеллект, воля. Догадываясь, по-видимому, что эти качества с примерно равным успехом могут использоваться и в социально одобряемых, и в социально порицаемых целях, испытуемые предпочитают вообще не иметь с ними дела. Связи между элементами модели «накопления качеств» носят довольно сложный характер. Предполагается, что отдельные качества (поступки) индивида аддитивны, т. е. что они поддаются суммированию с учетом приписанного каждому из них знака. Эта сумма в данной мыслительной модели и определяет просемейное или антисемейное поведение героя.

Как и модель «злых сил», данная модель играет двойственную роль в жизнедеятельности семьи. Она в определенной мере содействует интеграции семьи, так как показывает, что любой поступок в семье важен не только сам по себе, но и для изменения отношения индивида к семье. В то же время она формирует у индивида — члена семьи — навык одностороннего подхода к семейным явлениям (лишь как к положительным или отрицательным) и упрощенной трактовки связи между различными сторонами жизни семьи. Индивид почти не заинтересован в понимании истинных механизмов, связывающих одни особенности жизни семьи с другими. Он идет иным путем: пытается выяснить, «положительное» это явление или «отрицательное», и в первом случае приемлет его, во втором — ищет способы противодействия. В ходе психологической консультации или психотерапии такие лица особенно охотно обращаются к понятию «нормальности». Они упорно стремятся выяснить у врача, является ли то или иное поведение — их собственное или других членов семьи — «нормальным». Убедившись, что оно «нормально», они успокаиваются и утрачивают интерес к дальнейшему его познанию. Семейная жизнь при этом представляется им совокупностью фактов (явлений), каждый из которых должен соответствовать определенной норме.

Таковы мыслительные модели, выявившиеся при диагностических исследованиях в ходе психологических консультаций. Каждая из них соединяет в себе определенное представление о типовых условиях (чертах ситуации) и определенную наивную концепцию личности.

Место нарушений семейных представлений в этиологии нервно-психических расстройств. Выше описан ряд нарушений в семейных представлениях. Это, во-первых, неполнота представления (в нем не отражаются существенные аспекты ситуации и особенности личности людей, участвующих в ней); во-вторых, ошибочность (у индивида есть информация, но она ошибочна); в-третьих, некритичная уверенность в неизменяемости той или иной особенности ситуации или личностной черты индивидов, участвующих в ней. Напомним, что первый и второй виды нарушений приводят к тому, что индивид неправильно воспринимает ситуацию, ведет себя и реагирует на нее неэффективно. Третий вид нарушений ограничивает возможности поиска выхода из ситуации, не удовлетворяющей индивида.

Все перечисленные нарушения представлений о семье сходны в одном: они могут вызвать такое искажение взгляда на ситуацию, которое превратит ситуацию, объективно не патогенную, в патогенную субъективно (т. е. в представлении индивида). Ситуация, субъективно воспринимаемая как содержащая неразрешимое противоречие, может стать источником внутреннего конфликта и далее невроза, даже если объективно она таковой не является. Отношения других лиц, воспринимаемые как враждебные, могут вызвать декомпенсацию психопатии, несмотря на то что объективно они не враждебны. Перефразируя известное высказывание Э. Кречмера, можно сказать, что нарушение семейного представления оказывается психотравмирующим, если превращает объективно не патогенную ситуацию в такую, которая, «как ключ к замку», подходит к определенной личности, обнаруживая ее «слабое место» и вызывая нервно-психическое нарушение.

Представление индивида о семейной ситуации включает представление о себе самом, своих потребностях, возможностях, о других членах семьи, с которыми индивида связывают семейные отношения, и о характере этих отношений. Рас-

смотрим, как нарушение каждой из этих составных частей может превращать объективно не патогенную ситуацию в субъективно патогенную.

Нарушение представления о себе как о члене семьи. Речь идет о случаях, когда неверно представление индивида о самом себе как о члене семьи: например, он неправильно представляет себе, какие именно из его потребностей удовлетворяет семья, каковы истинные мотивы тех или иных его поступков в семье, каковы причины, по которым желательно разобраться в том, что происходит в семье.

Пример: два взрослых члена семьи Н. имели семейные представления, достаточно жестко связывающие удовлетворенность семьей с материально-бытовыми условиями. При обследовании семьи использовалась методика «Версия», применявшаяся наряду с «Наивной психологией» для выявления семейных представлений. Каждому из супругов было предложено описание ситуации, похожей на ту, которая имела место в их семье. «Муж с удивлением думает о том, что, хотя в семье вроде бы все в порядке, он ею недоволен, плохо чувствует себя дома. Те же чувства испытывает жена». Нужно было придумать как можно больше возможных объяснений этому явлению. Характерно, что оба супруга, выдвигая версии предположения, настойчиво шли по пути выяснения того, а точно ли в семье все в порядке. Задавались следующие вопросы: «Супруги здоровы?», «А квартирой обеспечены?», «А время свободное у них есть?» Имеющийся у них набор причин для объяснения неудовлетворенности в описанной семье объективно не давал им возможностей найти истинный источник неудовлетворенности в собственной семье. Обращала на себя внимание твердая убежденность обоих супругов в том, что они точно знают обо всем, что нужно «нормальным людям», чтобы чувствовать себя довольными жизнью вообще и семейной в частности.

В описанном случае оказались нарушенными представления членов семьи о себе и о своей семье. Эти представления неправильно подсказывали, что им нужно от семьи, какие их потребности удовлетворяются с ее помощью, что привело к возникновению состояний, сходных с описанными состояниями «экзистенциальной фрустрации» (Frankl V., 1952; Kratochvil S., 1985), которые, в свою очередь, порождают невротические и депрессивные симптомы. Нарушения семейных представлений, подобные описанным выше, вызывают цепную реакцию нарушений в семье (в частности, нарушение целеобразования). Такая семья ставит перед собой цели, которые не могут удовлетворить ее действительные потребности. Возникающее далее разочарование в соответствии с имеющимися семейными представлениями интерпретируется как результат того, что члены семьи недостаточно энергично, правильно и умело стремятся к поставленной цели. Это ведет к увеличению усилий, затрачиваемых для достижения целей, и к нарастанию неудовлетворенности.

Нарушение представлений о других членах семьи. Речь идет о случаях, когда искажено или неполно представление члена семьи о других: неправильно понимаются их желания, потребности, их отношение к различным сторонам действительности. В этом случае индивид строит свои отношения с данным членом семьи, не учитывая каких-то важных мотивов и качеств. Результатом могут оказаться различного рода нарушения взаимоотношений.

Приведем клиническое наблюдение, в котором результатом неполного представления о личности другого явилось возникновение психотравмирующего отношения зависимости (случай 15).

Случай 15

НАРУШЕНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СЕБЕ КАК О ЧЛЕНЕ СЕМЬИ

Петр Я., 27 лет. Женат 3,5 года. Был направлен на семейную психотерапию в связи с жалобами на импотенцию. По характеру очень добросовестный, пунктуальный. Половая жизнь с 18 лет. Женился в возрасте 23 лет. После двух месяцев совместной жизни жена стала «вскользь» говорить о том, что он не удовлетворяет ее, что «в постели он не очень силен». По этой причине испытывал чувство вины перед женой. В связи с этим, во-первых, принимал различные меры, чтобы усилить потенцию, — в частности, обратился к урологу с жалобами на ослабление потенции и прошел курс лечения, во-вторых, всячески старался компенсировать жене то, что он ее не совсем удовлетворяет: уступал в спорах, прилагал все усилия, чтобы облегчить ее труд в домашнем хозяйстве, покорно переносил ее «настроения».

На первом же году начала наблюдаться преждевременная эякуляция. В связи с этим чувство вины перед женой усилилось. Весь день с тревогой ожидал близости. В результате произошло окончательное расстройство половой функции (эякуляция после одной-двух фрикций). Пациент, человек весьма совестливый, заявил жене, что чувствует себя не вправе «отравлять ей жизнь» и, если в течение двух месяцев сексуальная потенция его не восстановится, он подаст на развод. Это вызвало неожиданную реакцию жены, в частности значительное усиление ее интереса к лечению. Она самостоятельно явилась на прием к лечащему врачу, хотя ранее не приходила, несмотря на многочисленные просьбы. Беседа с ней обнаружила, что она не только не испытывает значительного полового влечения, но, напротив, относительно фригидна. Свое поведение объяснила тем, что «всегда лучше, когда мужчина в чем-то виноват» и что «если он начинает задирать нос, то потом с ним не справиться».

Обследование обоих супругов с помощью методик «Наивная семейная психология» и «Версия» обнаружило своеобразие их семейных представлений. У жены выявлена весьма ярко выраженная модель «злых сил». Стремясь предугадать поведение героя в основных ситуациях, она всячески пыталась выяснить, что может его удержать от соблазна утаить деньги или пожить вдали от семьи. Поведение жены в браке было естественным и логичным следствием ее семейных представлений. Она чувствовала, что муж переживает свою сексуальную недостаточность, что он «стал как шелковый», и стала использовать это обстоятельство «для укрепления семьи». У мужа выявлено представление типа «стимульная модель». Он задавал не много вопросов, каждый из которых фактически был уточняющей переформулировкой предыдущего («Вы сказали, что этот человек будет жить отдельно от семьи, в другом городе. А этот город далеко? Он сможет каждый день приезжать?»), и после этого указывал, как поступит герой. Естественным следствием было отношение героя к намекам жены на то, что она сексуально не удовлетворена: «Если жена не удовлетворена, значит, необходимо усиление сексуальной потенции». Та же схема «одна причина — одно следствие» выявилась у него при интерпретации причины намеков жены. Ему пришло в голову только одно объяснение: «Раз жена говорит, что она не удовлетворена, значит, дело в том, что я сексуально недостаточно силен».

Важно подчеркнуть тот факт, что то, что испытуемый не догадался о подоплеке поведения жены, не связано с его низким интеллектуальным уровнем или с излишней доверчивостью. В данном случае основную роль сыграла как раз «стимульная модель», при которой индивид склонен удовлетвориться тем объяснением, которое ему приходит в голову первым, и не ищет других. При обследовании

методикой «Версия» Петру Я. была предложена среди других заданий следующая ситуация: «Жена сказала мужу, что он ее сексуально не удовлетворяет», и нужно было придумать возможно больше причин этого. В ходе первого занятия это задание вызвало у него серьезные затруднения. Он выдвинул только одну версию: «Она действительно сексуально сильнее, чем он», и дальше этого дело не пошло. Уже на следующем занятии пациент без особого труда придумал несколько возможных версий: «Недовольна чем-то другим, но стесняется ему сказать прямо», «Любит другого» и еще несколько, среди которых была и такая: «Она хочет воздействовать на его совесть». Такое быстрое и относительно легкое изменение результатов подтверждает, что основную роль в формировании неправильного семейного представления сыграла не интеллектуальная недостаточность (не сумел догадаться об истинных мотивах поведения жены), а как раз «стимульная модель», привычка оперировать представлением «стимул — реакция» (одна причина — одно следствие).

В приведенном наблюдении нарушенные семейные представления друг о друге привели на первом этапе к формированию чрезмерной зависимости одного члена семьи от другого. Многочисленные травмирующие последствия данного явления будут рассмотрены в разделе о нарушениях системы взаимного влияния супругов. На втором этапе окончательное расстройство сексуальной функции создало серьезную угрозу существованию семьи и здоровью пациента.

Психологические причины устойчивости нарушенных представлений. Односторонние, неполные, ошибочные семейные представления могут существовать длительное время, несмотря на то что мешают индивиду, не позволяют ему эффективно строить свои отношения в семье. При психотерапевтической работе с пациентами, нервно-психические расстройства которых обусловлены нарушением их семейных представлений, важную роль играет выявление источников устойчивости этих представлений. Рассмотрим некоторые из них.

1. Одним из источников устойчивости неправильных, нарушенных семейных представлений является неосознанность лежащих в их основе наивно-психологических теорий. Как уже указывалось, индивид действует, общается с другими людьми, рассуждает об этих людях и о себе, основываясь на довольно большом наборе суждений, психологических по своей природе, причем эти суждения он считает очевидными, не требующими каких-либо проверок. Опираясь на них, индивид, как правило, не отдает себе отчета, что в своих выводах он опирается на какие-то психологические положения. В рассуждениях индивида при интерпретации им своего или чужого поведения наивно-психологические теории фигурируют чаще всего в роли подразумеваемых посылок рассуждения. Так, в реплике: «Что он, дурак, чтобы делать чужую работу?» подразумеваемой посылкой является: «Умные люди не хотят делать чужую работу».

Обследование семьи Н. (см. с. 131) показало, что высказываемое ими положение «если у людей все в порядке с материально-бытовым устройством, то они будут довольны семейной жизнью» является неосознанным, — в том смысле, что им даже не приходит в голову другая возможность (т. е. быт устроен, а удовлетворенности нет). Если в реальной жизни все оказывается иначе, то (опять же в силу неосознанности данного положения) причину ищут где угодно, только не в неправиль-

ности этого утверждения: «Видимо, еще чего-то не хватает», «Видимо, что-то делали не так» и т. д.

В примере с Петром Я. и его женой (случай 15) точно так же очевидным является положение, что «если женщина чувствует себя сексуально неудовлетворенной, то в этом виноват мужчина». Очевидность и неосознанность наивно-психологических положений, лежащих в основе семейных представлений, играют решающую роль в их резистентности к психотерапии. Сталкиваясь с иными представлениями (в частности, в ходе той же семейной психотерапии или консультирования) или с доводами, опровергающими имеющиеся семейные представления, индивид нередко смутно ощущает, что в этих доводах «что-то не так», «нежизненно», «слишком научно», и автоматически отвергает предлагаемую точку зрения, поэтому важнейшей задачей семейной психотерапии нередко оказывается помощь в осмыслении наивно-психологических теорий. Только осознав эти теории и их связь с привычными рассуждениями, с принимаемыми решениями и выносимыми оценками, индивид может критически отнестись к ним и откорректировать основывающиеся на них семейные представления.

2. Еще один источник устойчивости семейных представлений (в том числе и нарушенных) — это их включенность в межличностные отношения, и в частности в систему взаимного влияния в семье. Стремясь повлиять на поведение другого супруга, добиться той или иной оценки своих поступков, члены семьи отстаивают правильность своих семейных представлений. Обсуждение того, как надо поступить в определенной семейной ситуации, чаще всего протекает в форме спора о том, с какой именно ситуацией семья имеет дело. При этом каждый из супругов доказывает, что его видение ситуации является единственно правильным. Вследствие этого каждый член семьи нередко бывает заинтересован в том, чтобы представлять семейную ситуацию именно так, а не иначе. «Как бы она ни рассуждала, — сказал в ходе семейной психотерапии один из пациентов о своей жене, — все равно всегда окажется, что она права, а все кругом виноваты».

В ходе семейной психотерапии при коррекции нарушенных представлений психотерапевт сталкивается с необходимостью помочь пациенту осознать мотивы своей заинтересованности в том, чтобы не менять свое семейное представление. Соответствующая методика «Заинтересованность в представлении», применяемая нами в ходе семейной психотерапии, основывается на том, что пациента прямо просят назвать все негативные последствия отказа от нарушенного представления. Опыт показывает, что вербализация всевозможных негативных последствий и связанных с ними опасений стимулирует критическое отношение к ним и, что особенно важно, дает возможность отделить семейное отношение от связанных с ним представлений. Пациент обучается смотреть на отношения в семье объективно, абстрагируясь от своей заинтересованности в том или ином положении дел.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что в устойчивости нарушенных представлений немаловажную роль играет еще целый ряд факторов: характерологических (ригидность, склонность к быстрейшему принятию решения), ситуационных (если в ситуациях определенного типа время для принятии решения ограничено, то у индивида возникает склонность оперировать упрощенными

представлениями), эмоционально-аффективных (чем сильнее аффект, тем более простыми моделями ситуации оперирует индивид, тем меньше аспектов ее учитывает) и др.

Коррекция нарушений семейных представлений достигается прежде всего путем их выявления, осмысления самим пациентом и целенаправленной тренировки более эффективных мыслительных навыков восприятия и представления.

Кроме того, необходимо выявить у членов семьи то, как они получают и перерабатывают информацию о самих себе и о других, т. е. исследовать их репрезентативные системы.

Репрезентативные системы и их роль в формировании взаимоотношений в семье

В отечественной психологии и психотерапии подробно изучены психологические конфликты (Мясищев В. Н., 1960), описаны их типы, доказано, что нарушения в семейных взаимоотношениях являются одним из источников психической травматизации личности (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990), разработаны методы психотерапевтического вмешательства в семейные взаимоотношения. Однако механизмы формирования того или иного психологического конфликта остаются не до конца изученными, характеристики их носят описательный характер. Это затрудняет практическое использование имеющихся знаний. Сегодня, когда значительно расширяются практические психологические службы, изучение механизмов межличностных конфликтов и разработка конкретных методов семейной диагностики становятся особенно актуальными.

Психологические исследования последних десятилетий подтверждают полифакторность этиологии пограничных нервно-психических расстройств (Вилюнас В. К., 1985; Карвасарский Б. Д., 1985; Мухина В. С., 1985; Бодалев А. А., 1986). Нарушение системы семейного воспитания, дисгармонии семейных взаимоотношений являются, по данным отечественных исследований, основным патогенетическим фактором, обусловливающим возникновение пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков (Исаев Д. Н., 1977; Мишина Т. М., 1977; Захаров А. И., 1982; Столин В. В., 1983; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990). Увеличение количества пограничных нервно-психических расстройств у детей и подростков делает задачу выявления механизмов межличностных конфликтов особенно актуальной.

В последнее время значительное распространение получило понятие «репрезентативные системы личности» — т. е. системы поиска, приема и переработки информации из окружающего мира. Ведущей репрезентативной системой называют систему, в которой человек этот мир описывает (Bandler R. & Grinder J., 1975). Несовпадение репрезентативных систем стало рассматриваться в практике психологической помощи как фактор формирования конфликтных отношений того или иного рода. Все чаще приходится сталкиваться с практическим использованием этого понятия в психологическом консультировании. Однако понятие репрезентативных систем было выведено эмпирически, и российскими психологами не проводилось научных исследований, посвященных ему. Поэтому своевре-

менным представляется и экспериментальное изучение влияния несовпадения репрезентативных систем на формирование конфликтных отношений в семье, и попытка рассмотрения проблемы репрезентативных систем с позиций отечественной психологической науки.

Исследование, проведенное клиническим психологом Н. Л. Васильевой под научным руководством Э. Г. Эйдемиллера, посвящено изучению репрезентативных систем и их роли в формировании взаимоотношений в семьях детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами (Васильева Н. Л., 1993; 1996; 1997). Мы включили в монографию, с согласия автора, главы диссертационного исследования Н. Л. Васильевой «Репрезентативные системы и их роль в формировании взаимоотношений в семьях детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами» (МЗ РФ, Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, СПб., 1997).

Концепция репрезентативных систем. Современные представления

Эффективность коммуникации издавна является предметом внимания психологов, психотерапевтов и педагогов. Многие научные труды посвящены изучению механизмов и описанию приемов и способов эффективной коммуникации. В отечественной психологии эта тема получила развитие в работах В. Н. Мясищева (Мясищев В. Н., 1960, 1970), который выделил в процессе общения три взаимосвязанных компонента:

1) психическое отражение друг друга в процессе общения;
2) отношение друг к другу участников общения;
3) обращение их друг с другом.

Разделение целостного процесса общения на составные части представляется очень ценным методологическим приемом, облегчающим задачу исследования коммуникаций. Таким образом создается возможность последовательного изучения компонентов общения, а также их взаимосвязи. Подход, предложенный В. Н. Мясищевым, позволил развернуть исследования, имеющие как теоретическое, так и практическое значение в области медицинской психологии.

«Важная общепсихологическая задача — выяснение содержания, структуры и форм проявления при реальном взаимодействии с людьми коммуникативного блока качеств личности, от которого зависят общая успешность ее общения и диапазон колебаний этой успешности в связи с изменениями в условиях общения.

Немаловажной задачей является выяснение роли других блоков свойств в структуре личности, а также и отдельных черт в них, которые, сопрягаясь с блоком коммуникативных черт личности, меняют ее характеристики как объекта и субъекта общения, более или менее сильно влияют на процесс познания ею других людей, на особенности эмоционального отклика, который они у нее вызывают, и на ее обращение с ними» (А. А. Бодалев, 1983, с. 131).

Изучение репрезентативных систем личности представляет собой попытку осмыслить одну из составляющих процесса общения, определяющую своеобразие коммуникаций конкретной личности, ее вклад в процесс понимания человека человеком.

Концепция репрезентативных систем пришла в психологию из нейро-лингвистического программирования, которое в течение последних лет получило широкое распространение среди практических психологов и психотерапевтов как один из инструментов психотерапевтического вмешательства. Постоянно организуются семинары по обучению новых и новых профессионалов этой технике, но до сих пор в отечественной психологии не проводилось сколько-нибудь серьезных исследований положений, лежащих в ее основе. Здесь мы предпринимаем попытку рассмотреть имеющиеся научные исследования и практические результаты применения концепции репрезентативных систем.

Основываясь на наблюдениях за работой таких психотерапевтов, как В. Сатир, М. Эриксон и Ф. Пёрлз, основатели НЛП Бэндлер и Гриндер сделали вывод, что одна из основных их целей — это приближение, присоединение к пациенту через использование его ведущей репрезентативной системы. Изучение стиля работы корифеев психотерапии позволило Бэндлеру и Гриндеру предположить, что эффективность коммуникации между людьми (в частности, между психотерапевтом и пациентом) может быть повышена путем определения репрезентативной системы пациента и затем ее использования, с тем чтобы помочь ему изменять свое поведение (Bandler & Grinder, 1975, 1979).

Человек перерабатывает сигналы, получаемые им из окружающей действительности, посредством пяти сенсорных и репрезентативных систем: визуальной, аудиальной, кинестетической, вкусовой и обонятельной. В европейской культуре в основном используются первые три. Авторы полагают, что репрезентативные системы соотносятся с визуальными, аудиальными и кинестетическими ощущениями, посредством которых человек воспринимает информацию. Аудиальную систему Бэндлер и Гриндер разделяют на тональную и дигитальную (опирающуюся не на сенсорные аудиальные впечатления, а на смысловые, знаковые).

Теория НЛП постулирует, что у каждого индивида существует ведущая (предпочитаемая им) репрезентативная система (ВРС). Теоретически она относится к одной из сенсорных модальностей (визуальной, аудиальной или кинестетической), в которой чувствительность данного индивида развита более, чем в других; в которой индивид способен замечать самые тонкие различия и посредством которой он собирает информацию об окружающем, находясь в стрессовом состоянии (Goleman, 1979). Однако в повседневной жизни индивид редко пользуется только одной-единственной системой для всевозможных взаимодействий с окружающей реальностью. Предпочтение той или иной сенсорной системы может варьироваться от ситуации к ситуации (Dilts, Grinder, Bandler, Bandler & Delozier, 1980).

ВРС есть результат формирования индивидуальной модели мира, основанной на сочетании фактов и их значений. Благодаря наследственности и уникальному жизненному опыту каждый человек создает собственную модель мира, которую в дальнейшем и использует для организации своего поведения (Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В., 1993), не всегда ощущая мир таким, каков он на самом деле, но рассматривая его сквозь призму этой модели.

Бэндлер и Гриндер утверждают, что средства, с помощью которых люди развивают и вырабатывают свои модели мира, — это три универсалии: вычеркивание (избирательность), искажение и обобщение (Bandler & Grinder, 1975; Grinder & Bandler, 1976; Bandler & Grinder, 1979). Обобщение представляет собой процесс, посредством которого элементы индивидуальной модели мира отчуждаются

от исходного опыта и становятся представителями целой категории. В процессе вычеркивания человек обращает внимание на определенные аспекты опыта и исключает другие. Искажение позволяет индивиду «сдвигать» опыт чувственного восприятия. Из-за этих трех процессов человек не всегда может осознать, что одно и то же явление может обладать несколькими значениями.

Пациенты в психотерапевтических беседах обычно передают не только фактическую сторону событий (наблюдения, основанные на сенсорном восприятии), но и их значение — интерпретацию смысла происходящего и свои умозаключения (O'Hanlon, 1987). Они сообщают о своем жизненном опыте посредством речи. Язык, используемый ими, дает ключ к пониманию присущих им типов обобщений, искажений и вычеркиваний. Слушая пациента, психотерапевт узнает, какую репрезентативную систему тот в основном использует. Для описания жизненного опыта и ощущений может применяться:

1) *визуальная репрезентативная система* — человек создает представления о своем жизненном опыте путем создания относящихся к нему картин или образов;
2) *аудиальная репрезентативная система* — формирование представлений о мире совершается посредством выделения звукового и речевого сопровождения в качестве основного;
3) *кинестетическая репрезентативная система* — человек формирует свои представления об окружающем мире с помощью чувств и ощущений.

Нейро-лингвистическое программирование постулирует, что знание ВРС клиента — это ключ к успешному консультированию. Один из способов использования этого знания — это установление более эффективного общения с пациентом. Если психотерапевт сможет идентифицировать репрезентативную систему пациента, а затем присоединиться к этой системе в своих взаимодействиях с ним, то процесс общения будет протекать гораздо более гладко. Перевод процесса общения на язык, понятный пациенту, способствует установлению доверия, облегчает достижение взаимопонимания (Bandler & Grinder, 1979; Бэндлер Р., Гриндер Д., Сатир В., 1993).

Другой способ использования знания о ВРС пациента — это изменение личности пациента, расширение его горизонтов. Если пациент обращает внимание в основном на визуальное представление своего жизненного опыта, то психотерапевт может помочь ему соприкоснуться с телесными ощущениями. Если же пациент использует кинестетическую репрезентативную систему, то можно помочь ему развить его способности в визуальной области.

Также чрезвычайно эффективно использование знаний о ВРС в контексте семейной психотерапии. Часто члены семьи общаются друг с другом на языке своей основной репрезентативной системы, более того, в стрессовой ситуации они полностью зависят от нее. Таким образом, общение происходит на разных языках. Например, те люди, которые наиболее активно используют свою визуальную сферу для получения информации, слово «уважение» будут в основном соотносить с визуальным контактом; те, для кого основной является кинестетическая система представлений, будут гораздо больше внимания уделять тому, как другие дотрагиваются до них. Члены семьи могут использовать одни и те же слова для описания совершенно различного жизненного опыта. Это приводит к разнооб-

разным конфликтным ситуациям в общении, которые разные авторы называют «чтением мыслей» и «сложным равенством».

Итак, выявление психотерапевтом ВРС членов семьи, его перевод коммуникаций на соответствующий каждому члену семьи язык и обучение всех языку друг друга представляют собой важные способы психотерапевтического вмешательства в контексте семейной психотерапии НЛП.

Направление НЛП быстро завоевало популярность. В литературе имеются данные об успешности использования этой техники на практике, прежде всего в консультировании (Stevens, 1978; Eliasoph, 1981; Zastrow, Dotson, Koch, 1986) и в семейной психотерапии (Davis, Davis, 1985; Briggs, 1992). Предлагалось использовать НЛП для психотерапевтической работы с пациентами с алкогольной и наркотической зависимостью и их семьями (Sterman, 1991). Работа, направленная на расширение используемой системы представлений, проводилась с обслуживающим персоналом клиник (Maron, 1979).

Концепция репрезентативных систем нашла свое отражение и в области педагогики. Бетти Лу Ливер разделяет всех учащихся на группы в зависимости от присущего им стиля обучения. Одна из предлагаемых ею классификаций включает в себя деление на три группы — на тех, кто воспринимает и лучше усваивает учебную информацию визуально, аудиально или кинестетически. Трудности в учебе связываются исследовательницей с несовпадением учебного и педагогического стиля. Она предлагает индивидуально подбирать педагогический стиль в зависимости от типа учащегося (Ливер Б., 1995).

Однако наряду с расширением практического применения техник НЛП стала возрастать и озабоченность научных кругов обоснованностью лежащих в ее основе положений. Стали появляться данные о проводимых исследованиях, в которых часто содержатся противоречащие друг другу результаты и мнения. В 1984 г. впервые появился обзор 15 исследований, посвященных теории НЛП (Sharpley, 1984). Вопросы, которые интересовали исследователей прежде всего, были следующие: существует ли такое явление, как репрезентативная система, обоснованны ли методы ее измерения, поддаются ли проверке ее психотерапевтические принципы? Было показано, что из 15 исследований только 2 подтверждали валидность используемых НЛП принципов и процедур, 5 давали неопределенные результаты, а 8 содержали данные, не подтверждающие существование изучаемых положений НЛП.

Один из экспериментаторов попытался проверить, является ли ВРС устойчивым личностным признаком (Birholtz, 1981), исследовав 27 студентов, лингвистические предпочтения которых отражали предпочтение одной сенсорной модальности другим. Студентам было дано задание — описать позитивные и негативные ситуации из прошлого, настоящего и гипотетического будущего. Выявилось, что для всех испытуемых обнаруживается предпочтение ($p < 0,01$) одной модальности — кинестетической. При этом не было обнаружено значимых корреляций этого результата с самоотчетами испытуемых об их ВРС. Эксперимент был повторен через неделю. Полученные данные подтвердили, что предпочтение кинестетических слов-предикатов существует и сохраняется на срок более одной недели. Является ли обнаруженное предпочтение результатом неврологического стиля или обусловлено социокультурными влияниями, осталось неясным. Тем не менее данные этого исследования совпадают (хотя и частично) с утверждениями НЛП и,

таким образом, представляют собой некоторую поддержку положению о существовании ВРС и ее устойчивости на срок больший, чем одна неделя.

Использование в процессе коммуникаций ВРС другого человека неизбежно ставит вопрос о методах определения репрезентативных систем. Вот три из них.

1. *Изучение глазодвигательных реакций.* На основе эмпирического опыта Бэндлер и Гриндер постулируют, что при обращении человека в процессе мышления к той или иной репрезентативной системе (использование сенсорной модальности того или иного типа) характерным образом изменяются и движения его глаз. Регистрация направления движения служит показателем используемой в данный момент репрезентативной системы. В самом общем виде схема глазодвигательных реакций такова: движения глаз влево, вправо или влево-вниз свидетельствуют об обращении к аудиальной системе; движения глаз влево-вверх, вправо-вверх и прямо расцениваются как использование визуальной репрезентативной системы; движения глаз вправо-вниз являются показателем использования кинестетической репрезентативной системы (Zastrow, Dotson, Koch, 1986).
2. *Вербализация собеседника.* Один из способов понять, какая репрезентативная система играет основную роль в общении, выражении чувств и формировании жизненного опыта — это проанализировать, какие слова использует испытуемый. В процессе естественного общения люди обычно не выбирают сознательно ни синтаксические конструкции, ни слова. Тем не менее неосознаваемый ими выбор оказывает значительное влияние на способы организации не только их речи, но и их жизненного опыта, на его развитие и изменение. Глаголы, наречия и прилагательные, используемые для построения предложений, отражают применяющийся в данный момент тип репрезентативной системы, и называются в НЛП «предикатами». Слова-предикаты различаются у людей с различными ВРС:
   - для визуальной ВРС: видеть, смотреть, представлять, кажется, ясно, дальновидно, предвидеть, взгляд на вещи, горизонты, проиллюстрировать, вообразить, наблюдать, видение, похоже, картина, нечеткий и т. п.;
   - для аудиальной ВРС: слушать, слышать, звучать, звенеть, как эхо, шумный, громкий, произносить, тихо, шепотом, громовой, четкий и т. п.;
   - для кинестетической ВРС: ощущать, чувствовать, сломаться, поймать, схватить (ощущение, мысль), холодный, въедливый, твердый, справляться, трудно, давить, пробежаться (глазами, мыслью), чувствительный, потрогать, удержаться и т. п. (Zastrow, Dotson, Koch, 1986).
3. *Самоотчеты.* Сообщения самих испытуемых о предпочитаемой ими сенсорной модальности.

Методы эти были выведены эмпирически и, следовательно, нуждались в научной проверке.

Эксперименты не выявили значимого процента совпадений между типом ВРС, который определяется параллельно двумя или тремя методами (Owens, 1977/ 1978; Gumm, Walker & Day, 1982). В исследовании Оуэнса были проведены измерения ВРС 127 студентов-психологов. Подсчет глазодвигательных реакций и вербализаций осуществлялся независимыми экспериментаторами. Кроме того,

все испытуемые предоставили самоотчеты о своей ВРС, заполнив небольшой опросник. Данные, полученные тремя методами, были отнесены к визуальной, аудиальной или кинестетической системам. Затем статистически проверялась их согласованность. Результаты оказались несопоставимыми, не было получено никаких значимых корреляций. Проведя аналогичный эксперимент на 50 студентках, исследователи пришли к выводу, что эти три метода определения ВРС не являются взаимозаменяемыми и что по крайней мере два из них ненадежны. Был также поставлен вопрос о ценности всех трех методов. Некоторые авторы считали правомерным говорить о языковом анализе как о единственной процедуре, обнаружившей какую-либо надежность (Birholtz, 1981).

Известны исследования, в результате которых обнаружилось, что глазодвигательные реакции дают самый ненадежный результат по определению ВРС. Были осуществлены три исследования взаимоотношений между глазодвигательными реакциями и ВРС (Beale, 1980–1981; Thomason, Arbuckle & Cady, 1980 и Hernandez, 1981).

1. Биле сопоставлял глазодвигательные реакции 40 студентов на информацию различных сенсорных модальностей. Проводилась видеосъемка движений глаз испытуемых в ответ на 24 стимула, что в дальнейшем было использовано как основание для классификации всех испытуемых на обладающих визуальным, аудиальным или кинестетическим типом ВРС. Результаты показали, что движения глаз были направлены вверх независимо от модальности предъявлявшегося стимула (Beale, 1980–1981).
2. Аналогичное исследование проводилось на 40 испытуемых — студентах-психологах. Глазодвигательные реакции в ответ на 30 вопросов (по 10 с визуальным, аудиальным и кинестетическим содержанием) кодировались тремя «наивными» наблюдателями. Затем проводилась проверка совпадения глазодвигательных реакций с содержанием вопросов. Результаты показали, что большинство глазодвигательных реакций были визуальными независимо от модальности вопросов (Thomason, Arbuckle, & Cady, 1980).
3. И наконец, проверялось, как глазные движения испытуемых в ответ на 24 утверждения зависят от содержания этих утверждений, предварительно оцененных как визуальные, аудиальные, кинестетические или обладающие неспецифической модальностью (Hernandez, 1981). Испытуемыми были 64 студента (44 из них — женщины). Этот эксперимент частично подтвердил положения теории НЛП: визуальные утверждения обнаружили значимые корреляции с глазодвигательными реакциями визуальной категории, половина аудиальных утверждений имели следствием аудиальные глазодвигательные реакции и ни одно из кинестетических утверждений не соотносилось с кинестетическими глазодвигательными реакциями у испытуемых. Данные этого эксперимента в основном совпали с двумя предыдущими исследованиями, не подтверждая существования связи между глазодвигательными реакциями и ВРС.

Таким образом, целесообразность использования метода глазодвигательных реакций для определения ВРС (при допущении, что ВРС существует) была поставлена под сомнение. Тот факт, что отсутствует согласованность между данными, полученными в результате применения трех разных методов (глазодвигательные

реакции, вербализации, самоотчеты), сам по себе не опровергает существование ВРС, но приводит к выводу, что только один из трех указанных методов точен.

В противовес этим исследованиям был проведен целый ряд экспериментов, где для определения ВРС применялась вербализация (Paxton, 1980/1981; Dowd & Higst, 1983; Dowd & Pety, 1982; Frieden, 1983). Эта группа исследований не подтвердила значимости использования предикатов из ВРС пациента в процессе консультирования. Вербализация для определения типа ВРС у испытуемых использовалась как до, так и во время интервью. В экспериментах, когда тип ВРС у испытуемых определялся до интервью (Paxton, 1980/1981), результаты не подтвердили значимости использования предикатов в процессе консультирования.

Влияние вербального стиля консультанта изучалось на 48 пациентах Центра семьи и ребенка. ВРС испытуемых определялся предварительно, до беседы с консультантом. Затем испытуемые были в случайном порядке разбиты на группы: в одной группе консультант целенаправленно использовал слова-предикаты из ВРС испытуемых, в другой — предикаты других модальностей и в третьей — нейтральный стиль. После беседы испытуемые оценивали взаимоотношения, сложившиеся с консультантом, по опроснику взаимоотношений Баррет-Леннарда. Результаты показали, что первые две группы оценили консультанта значительно выше ($p < 0,01$), чем та группа, где использовался нейтральный вербальный стиль, но не было обнаружено значимых различий между первыми двумя группами. Из этого можно сделать вывод, что использование предикатов любых сенсорных модальностей в целом способствует более эффективному консультированию; но то, что использование предикатов ВРС клиента приводит к особенному результату, не доказано.

В экспериментах, где ВРС испытуемых определялись прямо в процессе консультирования, было получено лишь частичное подтверждение значимости использования консультантом предикатов из ВРС испытуемого (Dowd & Higst, 1983; Dowd & Pety, 1982; Frieden, 1981; Hammer, 1983).

В эксперименте Фридена было показано, что использование консультантом предикатов из ВРС испытуемого не приводило к изменению уровня доверия к консультанту, но было зарегистрировано некоторое снижение интенсивности жалоб у пациента. Фриден считает, что данные эксперимента не подтверждают положений НЛП и скорее подвергают сомнению целесообразность использования сенсорных предикатов в процессе консультирования, нежели то, что желательно определять ВРС пациента предварительно (Frieden, 1981).

Продолжением этого эксперимента явилась разработка процедуры использования предикатов пациента в процессе консультирования. Консультантам не сообщалось, какой тип ВРС у пациента, их просили просто следить за его вербализациями в течение интервью и отвечать в той же модальности, которую он использовал в данный момент. Эта процедура — важный шаг на пути отделения проблемы эффективности использования предикатов пациента в процессе консультирования от проблемы точного определения ВРС до клинической беседы.

Дауд и Пети обследовали 84 человека (из них 50 — женщины) и также не обнаружили зависимости уровня социального влияния консультанта от использования предикатов из ВРС пациента: оно не сказалось ни на желании повторной консультации, ни на уровне удовлетворенности пациента консультацией (Dowd & Pety, 1982).

Интересные данные были получены в дальнейших исследованиях (Dowd & Higst, 1983). Пятьдесят четыре добровольца-студента приняли участие в консультациях у шести консультантов, специально обученных использованию различных вербальных стилей. Использовались стили, аналогичные тем, которые описаны Пакстоном (Paxton, 1980/1981): с использованием предикатов других сенсорных модальностей, а также нейтральный вербальный стиль. Сразу же после консультации все испытуемые оценивали свое восприятие консультанта и уровень его социального влияния. Значимых различий получено не было, однако выявилась тенденция к более позитивной оценке психотерапевта в той группе, где использовались предикаты из ВРС пациентов, по сравнению с группой, где целенаправленно использовались предикаты других модальностей. При этом оказалось, что наивысшие по сравнению с этими группами баллы были получены в группе, по отношению к которой психотерапевтом применялся нейтральный вербальный стиль. Предполагается, что такой психотерапевтический эффект может быть следствием спонтанности психотерапевта, когда в ходе консультации он не задумывается над стилем собственной речи.

Итак, результаты этих экспериментов поставили под сомнение эффективность использования предикатов из ВРС пациента в процессе консультирования.

В литературе описано также использование присоединения на уровне ВРС вне сферы консультирования (Yapko, 1981). Исследователи сравнивали относительную эффективность гипнотической инструкции, сделанной на языке ВРС испытуемого, с эффективностью тех же инструкций на языке других модальностей. Были применены три сенсорные модальности инструкции со стандартным содержанием (визуальная, аудиальная и кинестетическая), записанные на аудиопленку. Инструкция была нацелена на «достижение испытуемыми физического расслабления». До сеанса для каждого из 30 испытуемых студентов (из них 17 — женщины) методом вербализаций была определена ВРС. Во время сеанса каждые 30 секунд в течение 5 минут проводилась электромиография. Обработка данных проводилась с целью выявления различий между данными ЭМГ во время сеанса на языке ВРС испытуемого и данными ЭМГ во время сеанса на языке других модальностей. Уровень ЭМГ был ниже всего, когда сеанс проводился на языке ВРС испытуемого ($p < 0{,}05$). Однако в 1982 г. Крафт перепроверил эти данные, и результаты подтверждены не были.

Шоу в своих исследованиях проверял гипотезу о существовании ВРС таким образом: 108 студентов просили вспомнить факты из истории, рассказанной им в трех вариантах, соответствующих визуальной, аудиальной и кинестетической сенсорным репрезентативным системам. При этом ВРС испытуемых были определены заранее по вербализациям. Проверялась предположение, что пересказ истории будет наиболее детальным в том случае, когда она представлена на языке ВРС испытуемого. Гипотеза была отклонена, поскольку аудиальные и кинестетические испытуемые (среди испытуемых не оказалось ни одного визуального типа) отвечали одинаково во всех трех вариантах. Таким образом, в данном эксперименте не было доказано, что ВРС применяется для запоминания (Shaw, 1977/1978).

В 1985 г. был опубликован обзор 22 исследований, посвященных образованию теоретических положений НЛП (Einspruch и Forman, 1985). Авторы пришли к заключению, что 3 из 22 исследований подтвердили теорию НЛП, 4 представили

неясный результат, а 15 — опровергли различные теоретические положения НЛП. Причем хотя в одном из трех подтверждающих исследований (Brockmann, 1980/1981) было показано, что использование предикатов модальности ВРС клиента повышало рейтинг консультанта по параметру эмпатии, эти результаты противоречили данным, полученным в ряде других исследований. Среди них был эксперимент, который показал, что консультанты, использовавшие предикаты ВРС клиента, были восприняты как менее заслуживающие доверия, чем те, которые специально этого не делали (Cody, 1983).

Грин и Дорн также показали, что консультанты, использовавшие совпадающие предикаты, не были восприняты как более заслуживающие доверия (Green, 1979, 1981; Dorn, 1983a), а Аппель выявил, что по степени предпочтения консультанта параметр противоположности пола имел большее значение, чем совпадающие предикаты (Appel, 1983).

Многие исследования не подтверждают устойчивости ВРС и даже ставят под сомнение сам факт существования ВРС (Lange, 1980/1981; Talone, 1983; Cole Hitchcock, 1980; Fromme & Daniel, 1984 и Johannsen, 1982).

Однако есть работы, подтверждающие основные положения НЛП. Так, одно из последних исследований (Konefal & Duncan, 1992) выявило позитивные изменения в уровне тревожности и в локусе контроля у группы людей с высшим образованием, прошедших выездное 21-дневное обучение по НЛП. В группе из 27 мужчин и 30 женщин обнаружено значимое снижение уровня тревожности и повышение интернального локуса контроля. Авторы считают, что полученные ими результаты подтверждают гипотезу о том, что обучение по программе НЛП ведет к позитивным личностным изменениям и изменениям эмоционального состояния. Однако не обследовалась контрольная группа, поэтому однозначно приписывать выявленные изменения техникам НЛП не представляется возможным. Тем фактором, который способствовал позитивным изменениям, могло быть само пребывание в психотерапевтической обстановке.

Исследования не выявили значимых различий эффективности консультантов, обучавшихся и не обучавшихся техникам НЛП (Atwater, 1983, Ehrmantraut, 1983).

Итак, проведенный анализ научных исследований практической модели НЛП свидетельствует, что:

1) ВРС не может быть надежно измерена;
2) даже будучи зарегистрирована, ВРС подвержена временным изменениям;
3) вызывает сомнение сам факт существования ВРС;
4) не выявлено никаких значимых преимуществ, вытекающих из присоединения психотерапевта к пациенту на уровне ВРС (совпадение используемых предикатов) (Dorn, 1983b).

Некоторые авторы подвергают сомнению и теоретические допущения НЛП. Так, Кэдис и Бэдли (Kadis, 1977; Baddeley, 1989) считают, что положение о необходимости присоединения к клиенту на уровне копирования его языка ставит пациента в однозначно низшую позицию по отношению к психотерапевту. Они подчеркивают, что данная коммуникативная модель является односторонней, так как она всегда направлена от психотерапевта к пациенту. Брэдли и Бидермэн (Bradeley & Biedermann, 1985) утверждают, что в теории НЛП очень слабо разра-

ботана концепция взаимодействия между психотерапевтом и пациентом: в техниках НЛП акцентируется исключительно «лингвистическое» вмешательство психотерапевта. Кроме того, практики НЛП описывают свое вмешательство лишь при вполне определенных проблемах, а именно при психотерапии фобий (Bradeley & Biedermann, 1985). Стэнтон (Stanton, 1988) на примере разбора клинических случаев показал, что лечение фобий в модели НЛП является, по сути, гипнотической техникой (хотя, по мнению автора, и эффективно работающей).

Основной причиной неадекватности НЛП является тот факт, что она разработана на основе идей, заимствованных из различных теорий (например, бихевиоризма, лингвистической теории значения Хомского, феноменологической теории Роджерса и теории коммуникаций Ватцлавика), часто противоречащих одна другой (Baddeley, 1989). Терапевтическая модель НЛП опирается на теорию грамматики как на теорию личности. Она использует лингвистические особенности фраз как критерий для постановки диагноза и отбора «лингвистических» вмешательств психотерапевта. НЛП отклонилась от бихевиористского редукционизма к редукционизму лингвистическому (Bradeley & Biedermann, 1985).

В задачи данного обзора литературы не входит анализ теоретических положений НЛП, поэтому ограничимся здесь выводом, который делают многие исследователи: хотя НЛП не является адекватной лингвистической моделью человеческого общения, она всетаки может быть полезной в качестве практического руководства по распознаванию особенностей речи пациентов в ходе психотерапии. Внимание к речевой стороне общения в ходе консультирования может помочь психотерапевтам сделать свои высказывания более точными, а также применять экономичные и эффективные вмешательства, помогая пациенту формулировать запросы и мобилизовывать внутренние ресурсы. В то же время не следует пользоваться этим постоянно в ходе психотерапевтического общения, так как позиция «над клиентом» может привести к перекосу взаимоотношений (Bradeley & Biedermann, 1985; Baddeley, 1989).

Вердикт, вынесенный Национальной академией наук США, гласит: «...Система НЛП, состоящая из глазодвигательных реакций, интонационных и языковых особенностей как определяющих репрезентативные паттерны, не выведена и в принципе невыводима из известных научных достижений... не существует внутренних свидетельств или документальных подтверждений этой системы... В целом получено крайне мало или совсем не получено подтверждения теоретическим положениям и психотерапевтической эффективности НЛП» (Myers, 1988).

Итак, хотя НЛП не подтвердила своей значимости в качестве самостоятельной научной теории, это не означает ее полной бесполезности в практике консультирования. Тем более что, несмотря на трудность демонстрации и проверки различных ее положений в лабораторных условиях, многие психотерапевты выступают в поддержку их эффективности.

В практической консультативной деятельности могут оказаться эффективным, например, следующие два способа применения теории НЛП.

1. Процедура присоединения к пациенту на уровне его лингвистических паттернов. Действительно, в литературе по консультированию большое значение уделяется способности психотерапевта отражать различные характеристики пациента и использовать вербальные (равно как и невербальные)

его особенности, что способствует образованию эмпатических взаимоотношений. Разумеется, данная способность психотерапевта чрезвычайно важна в ходе консультирования, хотя и не является открытием НЛП. При этом для присоединения к пациенту на уровне его вербальных паттернов совершенно не обязательно определять тип ВРС.

2. Поощрение пациента к переходу от одной сенсорной модальности к другой (визуальной-аудиальной-кинестетической) часто облегчает понимание различных вопросов. Необходимо, впрочем, отметить, что эта процедура издавна используется в гештальт-терапии, поэтому также не может считаться изобретением НЛП (Sharpley, 1987).

Несмотря на вывод, сделанный Национальной академией наук США, исследования по проблемам репрезентативных систем не прекратились. По мнению ряда авторов, одним из существенных факторов, мешавших получать удовлетворительные результаты, были методические трудности, связанные с регистрацией ВРС. В 1987 г. были опубликованы результаты исследования, в котором применялся другой методический подход к изучению ВРС и получены позитивные результаты. Эксперимент был проведен на 176 испытуемых-студентах (88 мужчин и 88 женщин). Исследователи поставили перед собой задачу прежде всего определить и оценить влияние специфичной для каждой сенсорной модальности информации. Эта задача отличалась от ставившихся ранее — просто зарегистрировать ВРС по вербальным предикатам или глазодвигательным реакциям (Wilbur & RobertsWiltbur, 1987).

Прежде исследователи использовали методы оценки внешних индикаторов постулированной внутренней ВРС, а именно, глазодвигательные реакции и вербализации испытуемых. Такой поверхностный подход сужает область регистрации внутреннего процесса переработки информации. Например, акцент на речевом аспекте — предпочитаемых предикатах — опирается прежде всего на аудиальный канал и минимизирует другие каналы сенсорной информации. Кроме того, неудачные попытки определить ВРС по глазодвигательным реакциям могут быть связаны со сложной природой движений глаз и трудностями их регистрации (Davis, 1973; Day, 1964; Ehrlichman, 1984; Kendon, 1967; Kleinke & Phlen, 1971).

Уилбур и РобертсУилбур (Wilbur & RobertsWilbur, 1987) считают, что, хотя глазодвигательные реакции и вербализации испытуемых представляют собой вполне оправданные формы оценки ВРС, налицо явное расхождение между определением и использованием сенсорного восприятия, с одной стороны, и той информацией, которая предоставляется в распоряжение испытуемого, с другой стороны. Все предыдущие исследования использовали только две сенсорные модальности при определении и оценки трех ВРС, постулированных как отдельные системы: при опоре на вербализации использовался аудиально-дигитальный канал, а при опоре на глазодвигательные реакции — визуальный канал. При этом внимание уделялось лишь одному каналу сенсорного входа информации — аудиальной информации, получаемой испытуемыми в процессе вербального взаимодействия.

Уилбур и Робертс Уилбур предположили, что из-за того, что в предыдущих исследованиях не учитывалось использование различных каналов информации, соответствующих различным сенсорным модальностям, были получены негатив-

ные результаты. Поэтому первоначальной задачей исследований должно стать доказательство положения о существовании отдельных каналов приема информации различных сенсорных модальностей. Итак, целью их работы стало исследование ощущений, посредством которых люди воспринимают информацию. Испытуемым был предложен опросник, высказывания которого рассматривались как внешние индикаторы различных ощущений, посредством которых испытуемые воспринимали информацию. В связи с поставленной задачей были даны операционные определения информации, воспринимаемой посредством четырех сенсорных систем: визуальной, аудиально-тональной, аудиально-дигитальной и кинестетической модальностей.

Аудиально-тональный канал. К аудиально-тональной информации относится невербальное, паралингвистическое поведение. «Стимул является невербальным, когда его влияние не зависит от какого-либо приписываемого значения» (Dance, 1974). Аудиально-тональной информацией можно считать вокально-тональные качества голоса, громкость, интонации, смех, кашель, паузы. Примеры таких высказываний: «Во время интервью Роджерс говорил мягким, спокойным тоном», «в речи Глории было много пауз».

Визуальный канал. К визуальной информации также относится невербальное поведение, используемое для общения: жесты, телодвижения, движения рук, ног, головы, мимика, а также дополнительные факторы: наличие у партнера по общению ювелирных украшений, стиль одежды, косметика, очки; а также интерьер и т. п. Примеры таких высказываний: «Во время интервью Глория сидела, положив ногу на ногу», «на Глории была нить жемчуга».

Аудиально-дигитальный канал. Прямое содержание речи, т. е. сами слова, их последовательность, стиль речи, точность употребленного значения. Примеры таких высказываний: «Роджерс описывает естественность в поведении как спонтанную заботливость о пациенте и в то же время осознание своей отдельности от него», «имя дочери Глории — Тамми».

Кинестетический канал. Кинестетические ощущения обычно описываются в терминах непосредственной, экстероцептивной кожной стимуляции, а также в терминах проприоцептивной мышечной стимуляции или движения. Однако Бэндлер и Гриндер описывали кинестетические ощущения также в терминах лингвистических представлений, выведенных из непосредственных тактильных ощущений или ощущений от движений. Они считали, что такие слова, как «трогать», «чувствовать», «прохладный», «теплый», представляют собой не только опосредованные эмоции и чувства, но и моторные ощущения (Bandler & Grinder, 1975, 1979). Таким образом, кинестетическую информацию можно описать как опосредованные речевые представления (вербальное содержание речи), отражающие прямые тактильные или физические ощущения, а также эмоции. Примеры таких высказываний: «По отношению к отцу своих детей Глория испытывает чувство ревности и зависти», «несмотря на чувство вины, Глория получает удовольствие от секса».

Испытуемым демонстрировался фильм «Три подхода к психотерапии» (Shostrom, 1966) — та его часть, где показана консультация пациентки Глории, проведенная Роджерсом. Испытуемым не сообщалось об истинной цели показа фильма, они ничего не знали об измеряемых сенсорных модальностях. Сразу после показа фильма испытуемым предлагалось заполнить опросник, состоящий

из 60 утверждений относительно показанного материала. Возле каждого утверждения надо было поставить пометку «верно» или «неверно». При этом опросник, созданный экспериментаторами после четырехкратного просмотра фильма, состоял из утверждений, отражающих визуальную, аудиально-тональную, аудиально-дигитальную и кинестетическую информацию, по 15 вопросов на каждую модальность; 38 утверждений отражали верную информацию, а 22 были ложными. Подсчитывалось количество правильных ответов в протоколах и анализировалась модальность данных ответов.

Результаты подтвердили объективность категоризации сенсорных модальностей, а также использование отдельных сенсорных входов для получения информации из окружающего мира. Были получены значимые различия в количестве выборов правильных ответов одной определенной модальности у разных испытуемых. Испытуемые распределились по сенсорным модальностям следующим образом: 43 опирались в основном на аудиально-тональную информацию, 43 — на аудиально-дигитальную, 40 — на кинестетическую и 24 — на визуальную. По мнению авторов, эти результаты могут служить подтверждением предпочтения испытуемыми той или иной сенсорной системы, позволяя говорить о существовании ВРС.

Итак, иной подход к регистрации ВРС, а именно определение ВРС через используемую сенсорную информацию, позволяет по крайней мере утверждать, что по параметру предпочтения сенсорной информации испытуемые делятся на 4 типа соответственно предпочитаемому сенсорному каналу.

В заключение обзора известной нам литературы по проблемам существования и функционирования ведущей репрезентативной системы можно сделать следующие выводы.

1. В проведенных до настоящего времени исследованиях не доказано существование ведущей репрезентативной системы как устойчивой личностной характеристики.
2. Известные методы определения постулируемой ведущей репрезентативной системы — с помощью глазодвигательных реакций, вербализаций (предикатов) и самоотчетов — показали себя как ненадежные.
3. Изменение методического подхода к изучению репрезентативных систем (учет и разделение информации с различных сенсорных каналов) позволяет разделить испытуемых на 4 группы в зависимости от предпочтения ими сенсорной информации определенной модальности: визуальной, аудиально-тональной, аудиально-дигитальной и кинестетической.
4. Все описанные исследования проведены на выборках американских испытуемых, и их результаты не могут быть однозначно приложимы к представителям других культур. Необходимость проведения аналогичных исследований в России очевидна.

Итак, в свете результатов проведенных исследований оказывается возможным и необходимым рассмотрение проблемы репрезентативных систем с позиций сенсорной информации и сенсорных предпочтений.

Переход к языку сенсорных систем позволяет обратиться к отечественной психологической школе с ее богатым опытом изучения чувственного восприятия мира.

Нейропсихологические основы индивидуальных различий сенсорного восприятия и представления (обзор работ отечественной психологической школы)

«Богатство и многообразие ощущений, чувственного отражения человеком объективной действительности есть одно из условий не только деятельности, но и всего процесса жизни человека, которая невозможна без непосредственной связи с жизнью окружающего мира, бесконечного богатства его явлений, свойств и отношений» (Ананьев Б. Г., 1977).

Многообразие сенсорных систем и единство их организации — важное положение современной отечественной психологии, располагающей фундаментальными знаниями о каналах между организмом и средой, о механизмах «входа» в рефлекторных кольцах мозговой деятельности и т. д. (Ананьев Б. Г., 1960, 1961, 1968, 1968а, 1977; Выготский Л. С., 1960; Запорожец А. В., 1966; Леонтьев А. Н., 1965; Ломов Б. Ф., 1963; Мерлин В. С., 1986; Павлов И. П., 1951; Теплов Б. М., 1956; Рубинштейн С. Л., 1946, 1957; Узнадзе Д. Н., 1961; Ухтомский А. А., 1950 и др.).

Ядро сенсорной организации человека образуют:

1) зрительно-тактильно-кинестетическая система вместе с оптико-вестибулярной установкой. Доминирующее положение в этой организации занимает зрение;
2) слуховая рецепция и важнейшая ее составляющая — речевой слух. Речевой слух представляет собой новую форму слуховой рецепции, порожденную языком как основным средством общения.

К ядру сенсорной организации человека примыкают тактильная рецепция всей кожи человеческого тела; температурная и болевая рецепция, а также хеморецепция (обоняние и вкусовая рецепция) (Ананьев Б. Г., 1977).

Показателем уровня развития анализатора, его функциональной динамики и работоспособности является то или иное состояние чувствительности. Чувствительность как способность к ощущению является потенциалом анализатора, который в физиологии и психологии определяют по величине, обратно пропорциональной порогу раздражения. Общеизвестно, что чувствительность всегда модальна; она выражает потенциальное свойство определенного анализатора в отношении данных раздражителей (оптических, акустических, механических, электрических и т. д.), которое видоизменяется в зависимости от качеств, интенсивности, локализации и времени действия раздражителя (Ананьев Б. Г., 1977).

Поэтому у одного и того же человека имеется много форм абсолютной и различительной чувствительности, развитых неравномерно и отличающихся друг от друга по уровню, что проявляется прежде всего в сфере восприятия. Это экспериментально установлено при сравнительном изучении простых реакций и реакций выбора у одних и тех же людей при действии на них световых, звуковых и других раздражителей.

Неравномерность чувствительности проявляется также в сфере памяти и мышления. Об этом свидетельствует достаточно изученные явления зависимости за-

поминания от сенсорного способа заучивания (зрительного, слухового, кинестетически-двигательного). У одних людей эффективным является зрение, а другим необходимо выключение его при воспроизведении заучиваемого материала. Подобным же образом обстоит дело с участием слуха, кинестезии и т. д. Поэтому описанные в психологии типы памяти являются характеристикой основного для данной группы людей вида чувственных представлений (зрительных, слуховых и т. п.), которые зависят от соотношения разных видов чувствительности в сенсорной организации человека (Ананьев Б. Г., 1977).

С аналогичными явлениями доминирования тех или иных чувственных образов мы встречаемся в области внутренней речи и мыслительных процессов, в развитии воображения в изобразительном, музыкальном, поэтическом и техническом творчестве.

Наследственные, врожденные предпосылки индивидуальных различий чувствительности в значительно большей мере связаны с типологическими особенностями нервной системы, чем с морфологической конституцией рецепторов.

Тип нервной системы конкретного человека влияет на общий характер чувствительности всех его анализаторов:

1) скорость ощущения и различения зависит от того, подвижны нервные процессы или нет, находятся ли они в равновесии или один процесс преобладает над другим; у подвижного типа скорость будет большей, у уравновешенного или тормозного типа дифференцированность раздражителей более точная и т. д.;
2) устойчивость уровня чувствительности зависит от того, каковы сила нервных процессов, их подвижность и равновесие, — более неустойчивая у возбудимого типа, инертная у тормозного и т. д.;
3) эмоциональная реактивность обусловлена воздействием раздражителей на рецепторы — большая у слабого типа, наименьшая у сильного, уравновешенного, малоподвижного типа и т. д.

Именно эти общие черты типа нервной системы каждой конкретной личности, имеющие место в разных формах чувствительности, выражаются в сенситивности (Ананьев Б. Г., 1977).

Но врожденные предпосылки сами по себе еще не определяют индивидуального своеобразия чувствительности, которое зависит от направления развития жизненного опыта человека в определенных условиях объективной действительности. Каковы основополагающие представления отечественной психологической школы о возрастной динамике индивидуальных различий сенсорной организации?

Относительная неравномерность развития данных видов чувствительности, образование «ведущей афферентации» (Теплов Б. М., 1956) в сенсорной организации человека объясняется тем, что в зависимости от структуры деятельности и условий жизни определенные виды внешних воздействий, входящие в состав этой структуры, приобретают ведущее значение. «Биологические особенности организма действуют не сами по себе, а входят в состав возникающих в процессе развития психологических новообразований» (Божович Л. И., 1968, с. 183).

Мозг заключает в себе не те или иные специфически человеческие способности, а лишь способность к формированию этих способностей. Иначе говоря, био-

логически унаследованные свойства составляют лишь одно из условий формирования психических функций и способностей человека, конечно, играющее важную роль. Другое условие — это окружающий человека мир предметов и явлений, созданный людьми в процессе исторического развития. Процесс овладения миром предметов и явлений осуществляется в ходе развития реальных отношений субъекта к миру (Леонтьев А. Н., 1965), поэтому индивидуальные различия чувствительности являются результатом совокупного действия общего и парциального типов нервной системы, структуры деятельности и накопления жизненного опыта, опыта отношения к миру (Ананьев Б. Г., 1977, Теплов Б. М., 1956).

Индивидуальные различия и особенности сенсорного развития возникают не сразу с рождением человека. Эксперименты последних десятилетий (Stern D., 1985) показали, что младенец в первые дни и недели жизни обладает качеством, которое было названо «амодальное восприятие». Это означает, что, получая информацию любой модальности, младенец в состоянии перевести ее в любую другую сенсорную модальность.

Например, в опытах с сосками разной формы младенцы смотрели на соски той же формы, которую они непосредственно перед этим сосали. Штерн делает предположение, что младенец не воспринимает сенсорную информацию как принадлежащую какому-то определенному сенсорному каналу, возможно, она воспринимается в какой-то надмодальной форме — в форме представлений. Воспринятая информация кодируется и переводится в амодальные представления, которые и могут быть узнаны любым сенсорным каналом.

На первом году жизни формируется различная анализаторная деятельность, причем не одновременно, а последовательно, по мере выработки системы условных рефлексов. Но между детьми не обнаруживается значительных различий в уровне чувствительности одного и того же анализатора. Доминирование тактильной рецепции и кинестезии над зрением и слухом у годовалого ребенка есть возрастная особенность, по отношению к которой индивидуальные вариации ничтожны (Ананьев Б. Г., 1977).

В. П. Зинченко весьма интересно сопоставил развитие перцептивных действий руки (осязательно-двигательных) и глаза (зрительно-двигательных) в ранней онтогенетической эволюции, придя к двум важным выводам:

1) разные способы ознакомления и выбора у детей формируются не одновременно;
2) с возрастом наблюдается сближение эффективности разных способов ознакомления и выбора (В. П. Зинченко, 1966).

Это означает, что по отношению к одной задаче или классу задач формируется взаимозаменяемость различных способов преобразования информации.

В ходе последующего онтогенетического развития доминирование слуха и зрения начинает определять сенсорную организацию ребенка и подростка в условиях обучения, когда слово воспитателя и наглядные пособия играют ведущую роль. Такое доминирование также относится к возрастным, а не к индивидуальным особенностям чувствительности, хотя они и приобретают более выраженный характер.

Имеющиеся в науке данные об индивидуальных различиях чувствительности относятся именно к взрослым людям, и лишь частично — к подросткам. Очевидно,

в процессе жизни индивидуализация чувствительности прогрессирует, что связано с общим процессом развития личности (Ананьев Б. Г., 1977).

Возвращаясь к общим вопросам сенсорной организации, необходимо отметить, что, по мнению таких авторитетных ученых, как Ананьев Б. Г., Леонтьев А. Н., Рубинштейн С. Л., Теплов Б. М. и др., наиболее мощными источниками информации о внешнем мире являются зрительная система, слуховая система (включающая в себя речеслуховую систему), а также тактильная чувствительность и кинестезия. При этом указывается, что зрительная система имеет для человека доминирующее значение, так как «играет роль внутреннего канала связи между всеми анализаторными системами и является органом-преобразователем сигналов» (Ананьев Б. Г., 1977, с. 126).

Зрительная система работает на трех уровнях: сенсорном (ощущения), перцептивном (восприятия), апперцептивном (представления). Такое совмещение имеется и в слуховой системе, которая, однако, работает на апперцептивном уровне в специализированных формах речевых или музыкальных представлений.

Не только в отношении визуальных и слуховых, но и любых других показаний органов чувств установлено, что перцепция (восприятие) всегда так или иначе связана с апперцепцией (представлениями), нейрофизиологическое понимание которой сводится к обратному влиянию второй сигнальной системы на первую. «Логическое мышление и речь, как его орудие и форма существования, способствуют включению каждого нового чувственного знания в определенную систему познания, в определенный вид познавательной деятельности» (Ананьев Б. Г., 1977, с. 96).

Советские психологи в своих исследованиях, основываясь на теории отражения, раскрывают природу представления — одного из важнейших моментов перехода от ощущения к мысли в субъективном отображении человеком объективной действительности (Лурия А. Р., 1979; Леонтьев А. Н., 1965, 1977; Рубинштейн С. Л., 1957, Теплов Б. М., 1956).

Возникая из восприятия и ощущений, представления человека являются обобщенным образом предметов внешнего мира в их пространственно-временны́х отношениях. Механизм обобщения заключается в динамическом взаимодействии первой и второй сигнальных систем при ведущей генетической роли первой (Ананьев Б. Г., 1960).

Переходу от ощущений к представлениям, возникновению представлений как формы высшей психической деятельности посвящены труды Л. С. Выготского. Выготский считал, что исторически переход к высшим формам психической деятельности стал возможен благодаря введению нового принципа регуляции поведения — принципа сигнификации, состоящего в том, что человек сам управляет мозгом и через него собственным телом, сам создает связи в своем мозге (Выготский Л. С., 1983).

Люди отличаются друг от друга как индивидуальными особенностями чувствительности, так и сенсорными предпочтениями (на уровне первичных и вторичных образов — восприятия и представления), которые выражаются в избирательности индивида по отношению к формируемым им образам окружающей действительности.

Вследствие этого происходит индивидуальная сигнификация жизненного опыта, в том числе и опыта взаимодействия с другими людьми.

На основании всего вышеизложенного мы можем сделать вывод, что сенсорные предпочтения (или, иначе говоря, репрезентативные системы) являются индивидуальным свойством личности. Под индивидуальным свойством личности понимается «некая постоянная закономерность разнообразных его проявлений. При таком понимании разные люди, а иногда даже один и тот же человек может обладать весьма многообразными свойствами. Но если в них тем не менее выражается одна и та же общая закономерность, она и выступает в качестве признака, по которому мы сравниваем разных людей» (Мерлин В. С., 1981). Видимо, именно таким свойством и являются сенсорные предпочтения на уровне образов — репрезентативные системы личности.

В заключение обзора работ отечественной психологической школы, посвященных нейропсихологическим основам индивидуальных различий восприятия и представления, можно сделать следующие выводы.

1. Признается наличие «ведущей афферентации» в сенсорной организации, которая определяется наиболее развитой сенсорной модальностью. Таким образом, представляется возможным предположить наличие индивидуально-типологических различий в использовании сенсорных каналов при взаимодействии с окружающим миром.
2. Мы можем говорить о существовании индивидуальных сенсорных предпочтений не только на уровне ощущений, но и на уровне первичных и вторичных образов — восприятий и представлений. Сенсорные предпочтения выражаются в избирательности индивида по отношению к формируемым образам окружающей действительности. Вследствие этого происходит индивидуальная сигнификация жизненного опыта, в том числе опыта взаимодействия с другими людьми.

   Таким образом, правомерно говорить о возможности существования такого индивидуального свойства личности, как сенсорные предпочтения на образном уровне, или, иначе говоря, о существовании репрезентативных систем личности.
3. Основными модальностями, составляющими ядро сенсорной организации человека, являются визуальная, слуховая, речеслуховая и кинестетическая. Таким образом, подтверждается правомерность выделения именно четырех типов изучаемых сенсорных модальностей.

   Предпосылки индивидуальных типологических различий сенсорной организации связаны с типологическими особенностями НС. Следовательно, изучение сенсорных предпочтений необходимо проводить в связи с установлением типа НС испытуемых.
4. Индивидуальные отличия и особенности сенсорной организации возникают не сразу, с рождением, а формируются в процессе онтогенетического развития. Представляется интересным и важным изучить возрастной аспект становления сенсорных предпочтений.
5. Необходимым условием развития и формирования индивидуальных типологических различий восприятия и представления является накопление жизненного опыта, понимаемого как опыт отношений к миру.
6. Это подтверждает правомерность и необходимость исследования сенсорных предпочтений в связи с системой значимых отношений личности.

Нарушение процесса коммуникации как механизм формирования конфликта в семье

В нашей стране уже накоплен немалый опыт изучения семейного воспитания детей и подростков (Ковалев В. В., 1979; Захаров А. И., 1982; Личко А. Е., 1985; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1980, 1987, 1990); сформулированы такие понятия, как «семейная психотерапия» и «диагностика семейных отношений» (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1979; Ковалев С. В., 1987; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990); разработана модель семейно-интегративной психотерапии и модель психопрофилактической работы с семьями (Чаева С. И., Эйдемиллер Э. Г., 1996); доказан тот факт, что в этиологии самых разных нервно-психических расстройств играют роль дисфункциональные нарушения в жизнедеятельности семьи (нарушения семейной коммуникации, системы ролей, механизмов семейной интеграции и т. п.) (Карвасарский Б. Д., 1985; Ковалев В. В., 1985). Среди этиологических факторов детских неврозов нарушение системы отношений в семье занимает центральное место. Нарушение системы семейного воспитания, дисгармонии семейных отношений, по данным российских исследований, являются основным патогенетическим фактором, обусловливающим возникновение неврозов у детей (Спиваковская А. С., 1988).

Семьи с нарушенными отношениями не могут самостоятельно разрешать возникающие в их семейной жизни противоречия и конфликты. В результате длительно существующего конфликта у членов семьи наблюдается снижение социальной и психологической адаптации, отсутствие способности к совместной деятельности (в частности, неспособность к согласованности в вопросах воспитания детей). Уровень психологического напряжения в семье имеет тенденцию к нарастанию, приводя к эмоциональным нарушениям, невротическим реакциям ее членов, возникновению чувства постоянного беспокойства у детей. Таким образом, дисгармония семейных отношений создает неблагоприятный фон для эмоционального развития ребенка и может стать источником возникновения преневротического патохарактерологического радикала. По мнению Л. А. Петровской, одной из основных причин конфликтов, т. е. дисгармоничного взаимодействия, является неадекватность восприятия членами семьи друг друга.

В отечественной психологической науке накоплен значительный опыт изучения механизмов социальной перцепции (Обозов Н. Н., 1979; Бодалев А. А., 1982). Показано, что процесс общения является таким видом взаимодействия людей, в котором они выступают по отношению друг к другу как объекты, так и субъекты (одновременно или последовательно), причем не только как объекты и субъекты общения, но одновременно и как объекты и субъекты познания. Познание и взаимное влияние людей друг на друга — обязательный элемент любой совместной деятельности. От того, как люди отражают и интерпретируют облик и поведение, оценивают возможности друг друга (в том числе и в контексте семейных отношений), во многом зависит характер их взаимодействия, а также результаты, к которым они приходят в результате совместной деятельности (Бодалев А. А., 1982).

«Достижение положительного результата в общении, как правило, связано с чувственным отражением друг друга, накоплением и правильным обобщением информации друг о друге. Отрицательный результат в общении часто оказывается

следствием неадекватного отражения общающимися друг друга, недостаточности и неправильного истолкования информации, которой каждый из них располагает» (Бодалев А. А., 1982).

Современные психологические исследования показали, что поведение человека в социальном контексте не является простым следствием воздействующих на него объективных обстоятельств, а существенно зависит от субъективного восприятия и истолкования совокупности внешних событий, т. е. от определения индивидом ситуации (Емельянов Ю. Н., 1985). В повседневной жизни поведение человека предстает как результат непрерывного взаимодействия его личностных характеристик с меняющимися параметрами социальных и физических ситуаций, в которых протекает его деятельность, причем он сам выбирает или преобразует ситуации, а также избегает их. Индивид не реагирует на данную ситуацию объективно, а предварительно преломляет ее через внутренние, субъективные представления, насыщенные личностным смыслом, которые являются достаточно сложными, системно-организованными и относительно устойчивыми образованиями, так как их составные элементы взаимно обусловливают друг друга и одно и то же представление возможно применить к широкому спектру ситуаций (Леонтьев А. Н., 1977). Так как элементы семейных представлений взаимосвязаны, они относятся к классу так называемых «мыслительных моделей» (Чернов А. П., 1979), или «внутренних рабочих моделей» (Bowlby, 1980). Это означает, что, принимая те или иные решения, член семьи мысленно опирается на имеющиеся у него обобщенные представления о типе той или иной ситуации (в данном случае — в контексте семейных отношений).

Всякое мышление совершается в обобщениях. Для процесса формирования у индивида знания о другом человеке как о личности характерно образование новых обобщений наряду с обращением к ранее сформированным. Ошибочно думать, что в том представлении, которое формируется у человека о другом, всегда находят свое отражение все действительно присущие этой личности качества и ее индивидуальная неповторимая структура. Факты свидетельствуют, что в очень многих случаях познание другой личности сводится к отнесению ее к определенной категории людей (хороший специалист, слабый ученик и т. п.) лишь на основании оценки ее поведения и действий. При таком неполном познании неизбежно остаются нераскрытыми черты и признаки, составляющие индивидуальность каждого человека (Бодалев А. А., 1982).

В результате этого процесса у индивида формируются представления о людях — эталоны, которые являются результатом анализа и синтеза впечатлений, получаемых человеком при взаимодействии с другими людьми (Бодалев А. А., 1982). Наличие эталонов в ситуациях общения может приводить к информационной слепоте (когда не воспринимается информация, объективно важная для понимания ситуации).

Нарушение представлений о другом члене семьи рассматривается как один из важных источников нарушения коммуникативного процесса (Бодалев А. А., 1982; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990). Межличностная коммуникация требует от общающихся хорошего представления о личности друг друга. Искаженное представление о другом члене семьи может выступить в качестве серьезного барьера взаимопонимания при информационном общении. Речь идет о тех случаях, когда искажено либо неполно представление члена семьи о других: непра-

вильно понимаются их желания, их отношение к различным сторонам действительности. В этом случае индивид строит свои взаимоотношения с данным членом семьи, не учитывая каких-то важных для понимания взаимоотношений с ним качеств, мотивов. Результатом могут оказаться различного рода нарушения взаимоотношений.

Задолго до возникновения научной психологии и психотерапии взаимопонимание между супругами, между родителями и детьми рассматривалось в качестве одной из важнейших предпосылок стабильности семьи и семейного счастья. Неудивительно, что с первых же шагов развития семейной психотерапии ученых интересовали вопросы: как достигается взаимопонимание, как члены семьи обмениваются информацией, как они относятся к ней, как она перерабатывается?

Первыми проблемы внутрисемейной коммуникации сделали главной темой своих исследований Дж. Джексон, Дж. Викленд, Дж. Левингер и Ж. Бенвеню, и до сих пор эти вопросы привлекают внимание многих психологов и психиатров (Jackson D., Weakland J., 1961; Levinger J., 1967; Buenvenu J., 1970). Обзор форм и функций коммуникации в семье, подготовленный в 1981 г., содержит упоминание о 40 работах на эту тему (Montgomery B., 1981).

В основе большинства работ по семейной коммуникации лежит учение о коммуникационном канале. Учение это — результат развития кибернетики и теории информации — исследует процессы передачи информации, раскрывает наиболее общие причины информационных искажений. До появления учения о коммуникационном канале обмен информацией между членами семьи понимался весьма упрощенно. Считалось очевидным, что члены семьи обмениваются мнениями только тогда, когда хотят, что они передают именно то, что хотят передать, и не сообщают друг другу ничего из того, что не хотят сообщить. Казалось также совершенно ясным, что те, кому адресовано сообщение, понимают его адекватно (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990).

Учение о коммуникационном канале показало, что в действительности процесс коммуникации значительно сложнее. Был исследован ряд промежуточных явлений, передаточных механизмов, обеспечивающих процесс обмена информацией (выбор содержания сообщения, его кодировка, передача, прием, декодировка, выбор содержания ответного сообщения). Была показана роль мотива различных этапов коммуникации — вступления, формирования сообщения, способов выражения сообщения в каком-то коде (языке), передачи информации в определенной межличностной коммуникационной ситуации, ее восприятия, декодировки и интерпретации (Watzlawick K. et al., 1967).

Для описания коммуникативных актов используется новый язык — язык психолингвистики. В последние десятилетия, благодаря работам Соссюра (Saussure, 1959), Якобсона (Jakobson, 1972) и Хомского (Chomsky N., 1965), можно говорить о коде или о наборе правил, с помощью которых высказывания порождаются и в рамках которых они понимаются (Брунер Дж., 1975).

Процесс речевого общения может быть описан в парадигме психолингвистики коммуникаций следующим образом: посылаемое сообщение кодируется в определенной знаковой системе, получаемое сообщение восстанавливается посредством операции декодирования. Кодирование и декодирование — комплементарные процессы: кодирование предполагает декодирование. Набор знаков (языковых или неязыковых) является необходимым условием для передачи сообщения.

Эффективность коммуникации может быть определена путем установления соответствия между посланным и полученным сообщением. Отдельные слова и группы слов служат прежде всего для введения общего для говорящего и слушающего когнитивного поля в сообщении.

В процессе коммуникации возникают расхождения между посылаемым и получаемым сообщениями, так как ни один говорящий-слушающий не может овладеть всеми потенциальными возможностями каждого слова (Ромметвейт, 1972).

Исследование Т. Гордона показало, что значительная часть информации, которой обычно обмениваются члены семьи, ускользает от того, кто ее передал, причем последний склонен считать, что все, что он хотел сказать, воспринято и понято (Gordon T., 1975).

С точки зрения происходящих в семье процессов важнейшим результатом более строгого и систематического подхода к семейному информационному общению является выявление многочисленных моментов, которые могут воспрепятствовать общению, исказить его смысл, — барьеров общения (Bateson, 1972).

Проведенный анализ литературы по вопросу формирования конфликта в семье подтверждает обоснованность и актуальность цели исследования: установление связи между особенностями репрезентативных систем членов семьи и дисфункциональной организации семей, имеющих детей и подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами, т. е. исследование «сенсорных предпочтений» членов семьи в контексте семейного функционирования. Для целей исследования представляется важным сформулировать следующие выводы, полученные в результате анализа литературы.

1. Межличностные коммуникативные проблемы представляют собой один из механизмов развития конфликта в семье, ведущего к возникновению нервно-психических заболеваний ее членов.
2. Возникновение коммуникативных проблем во многом обусловлено индивидуальными особенностями восприятия и представления членов семьи друг о друге.
3. Исследование индивидуальных коммуникативных особенностей должно осуществляться в контексте семейной структуры, с учетом системы значимых отношений личности.

Опросник «Сенсорные предпочтения»

Анализ литературы показал, что известные методы определения ведущей репрезентативной системы (с помощью глазодвигательных реакций, вербализации и самоотчетов) показали себя как ненадежные. Таким образом, собственно исследование постулируемых репрезентативных систем должно было быть отложено до того момента, когда будет разработан метод исследования репрезентативных систем.

Как было показано в обзоре исследований, изменение методического подхода к изучению репрезентативных систем — учет и разделение информации с различных сенсорных каналов — позволило исследователям получить положительные результаты: показать, что испытуемые делятся на 4 группы в зависимости от предпочтения ими сенсорной информации определенной модальности: визуальной, аудиально-тональной, аудиально-дигитальной и кинестетической (Wilbur & Roberts Wilbur, 1987).

Нами был разработан опросник, использующий эти изменения. Разработка опросника «Сенсорные предпочтения» основывалась на том, что визуальные, аудиальные и кинестетические ощущения являются отдельными источниками сенсорной информации. Мы рассматриваем высказывания опросника как внешние индикаторы различных ощущений, посредством которых испытуемые воспринимают информацию.

Современная методология психологического консультирования считает оптимальной рационально-эмпирическую стратегию конструирования теста и проверки его валидности (Мельников В. М., Ямпольский Л. Т., 1985; Общая психодиагностика, 1987).

Первым этапом является теоретический анализ диагностического конструкта, разработка теоретической концепции тестируемого психического свойства. На основеа нализа материалов зарубежных и отечественных исследований было сформулировано предположение о существовании сенсорных предпочтений на уровне первичных и вторичных образов (восприятия и представления). Это свойство было обозначено нами как репрезентативная система личности (по аналогии с термином нейро-лингвистического программирования). Репрезентативная система — это часть внутренней картины мира, т. е. отражение в сознании человека способов информационной связи с окружающим, в частности предпочитаемых им. Были выделены четыре модальности репрезентативных систем: визуальная, аудиально-тональная, кинестетическая и аудиально-дигитальная.

Следующим этапом разработки методики является выделение составных частей теоретического конструкта, формулирование системы «эмпирических индикаторов» — операционально-однозначных показателей, фиксирующих проявление конструкта в различных поведенческих ситуациях. Речь здесь идет о конструировании пунктов теста.

По мнению А. Н. Леонтьева, логично начинать исследование психологического качества, выступающего прежде всего субъективно, с субъективных данных (Леонтьев А. Н., 1983). В современной психодиагностике вообще считается, что исследование систем субъективных параметров (конструктов) возможно только с помощью индивидуально-ориентированных экспериментальных методов (Общая психодиагностика, 1987).

Метод репертуарных решеток — индивидуально-ориентированный метод личностной диагностики, основанной на теории конструктов Дж. Келли. Репертуарные решетки являются гибким и универсальным методом субъективного шкалирования, позволяющим использовать разнообразные способы получения первичных оценок. Репертуарная решетка представляет собой матрицу, которая заполняется либо экспериментатором, либо самим испытуемым в процессе обследования или беседы. Столбцам матрицы соответствует определенная группа объектов (элементы). В нашем случае элементами являлись четыре изучаемые сенсорные модальности.

Строки матрицы представляют собой конструкты — биполярные признаки, параметры, шкалы. Конструкты либо задаются исследователем, либо выявляются у испытуемого с помощью специальных процедур. Чаще используют триадические методы выявления конструктов, однако для работы с детьми такие методы слишком сложны, поэтому известны случаи использования диадической решетки, т. е. выявление конструктов при помощи пар элементов. Нам необходимо было

разработать метод, пригодный для семейной системы; при обследовании как взрослых, так и детей. Поэтому диадическая решетка представлялась наиболее уместной.

Исследования подтверждают гипотезу о большей значимости выявляемых конструктов по сравнению с заданными. Но с практической точки зрения иногда невозможно обойтись без заданных конструктов, особенно при исследовании восприятия человеком себя и других. Пилотажное обследование 25 испытуемых (были опрошены слушатели курса детско-подростковой психотерапии кафедры психотерапии МАПО) показало, что метод выявляемых конструктов оказался в данном случае слишком сложным для обработки и сопоставления результатов, поэтому на основании данного обследования, а также в результате экспертной оценки (ее проводили 5 психологов и психотерапевтов с большим стажем практической работы) были созданы конструкты, которые и предлагались испытуемым для оценивания. С их помощью были заданы различные жизненные ситуации, поведение в которых могло определяться предпочтением одной из четырех сенсорных модальностей.

Из первоначального количества (16) методом экспертной оценки было отобрано 8 ситуаций. К каждой ситуации предлагалось четыре варианта ответов: по одному на каждую из четырех модальностей. Первые 4 ситуации сконструированы по преобладающему источнику сенсорной информации — в частности, для уравновешивания вероятности ответов различных модальностей. При этом мы старались максимально возможно конкретизировать обозначаемый вид деятельности во избежание различного его понимания испытуемыми.

Описанные 8 ситуаций и представляют собой опросник, который мы использовали как метод определения сенсорных предпочтений испытуемых (приложение 5).

1. Ориентация в незнакомой среде — преимущественно задействует визуальный канал восприятия информации.

   Чтобы разобраться в незнакомой ситуации, я обычно

смотрю	В (визуальная модальность)
слушаю	А (аудиально-тональная модальность)
полагаюсь на внутреннее чувство	К (кинестетическая модальность)
конструирую модель ситуации	Д (дигитальная модальность)

2. Восприятие музыки — относится к аудиально-тональной информации.

   Для восприятия песни мне важнее

ясность, чистота звучания	В
мелодия	А
эмоциональный настрой песни	К
смысловая нагрузка текста	Д

3. Понимание сложного учебного материала — задействует дигитальный, смысловой канал.

   Когда я хочу понять сложный учебный материал, то

смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	В
проговариваю вслух	А
записываю прочитанное	К
обдумываю значение отдельных слов, фраз	Д

4. Телесный отдых — преимущественно связан с кинестетическим каналом
   Когда я расслабленно лежу в ванне, то
   передо мной проплывают приятные картины, образы В
   я наслаждаюсь тишиной А
   я погружен в приятную негу К
   пользуюсь возможностью поразмышлять Д

Итак, наличие первых четырех ситуаций, обращенных к каждому из видов сенсорных модальностей, исключает случайное преобладание ответов той или иной сенсорной категории.

Ситуация 5 отражает деятельностный аспект функционирования сенсорных предпочтений.

5. Испытуемые должны были выбрать предпочитаемый ими вид деятельности, обращенный преимущественно к одной из сенсорных модальностей.
   В свободный день я бы предпочел
   посетить выставку В
   сходить на концерт А
   расслабиться в сауне К
   послушать выступление известного человека Д

Ситуации 6–8 исследовали предпочтение сенсорных модальностей испытуемых в ситуации общения. Сами ситуации заведомо амодальны, т. е. с равной вероятностью могут быть обращены к любому из четырех сенсорных каналов приема информации.

6. Описывает сенсорные модусы реагирования в ситуации приема положительной информации.
   Я знаю, что произвожу хорошее впечатление, когда
   на меня восторженно, с уважением смотрят В
   слышу вокруг одобрительные интонации А
   мне пожимают руку, обнимают К
   мне поясняют, что именно понравилось Д
7. Ситуации приема отрицательной информации в контексте общения с другими людьми.
   Я знаю, что мною недовольны, когда
   у собеседника неприветливое выражение В
   со мной разговаривают сухим или неодобрительным тоном А
   не хотят подойти, избегают К
   критикуют, высказывают замечания Д

В отличие от предыдущих двух импрессивных ситуаций ситуация 8 — экспрессивная.

8. Здесь внимание уделяется преимущественно сенсорной модальности, при помощи которой человек выражает свои ощущения и отношения.
   Когда я выражаю симпатию, поддержку, то
   смотрю с одобрением В
   говорю приветливым тоном А
   прикасаюсь, пожимаю руку К
   сообщаю, что именно мне понравилось Д

Регистрация ответов осуществлялась первоначально двумя способами. Во-первых, был использован вариант шкалирования ответов. Испытуемому предоставлялась возможность самому оценить степень использования той или иной репрезентативной системы в различных ситуациях. По пятибалльной шкале испытуемый выставлял оценку уровня предпочтения им в каждой ситуации того или иного способа поведения или реагирования, например:

Когда я хочу понять сложный учебный материал, то

смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	1 — 2 — 3 — 4 — 5 В
проговариваю вслух	1 — 2 — 3 — 4 — 5 А
записываю прочитанное	1 — 2 — 3 — 4 — 5 К
обдумываю значение отдельных слов, фраз	1 — 2 — 3 — 4 — 5 Д

где 1 — минимальное использование указанного поведения, а 5 — максимальное.

С помощью данного варианта опросника было получено 17 протоколов. Строго говоря, данный вариант опросника не является решеткой, а представляет собой структурированный самоотчет.

Из анализа литературы видно, что до сих пор не было получено свидетельств о надежности метода структурированного самоотчета при определении репрезентативных систем. Кроме того, в нашем исследовании мы столкнулись с дополнительными методическими трудностями: испытуемые отказывались сделать выбор в пользу одной или нескольких сенсорных модальностей. Часто в протоколе были помечены максимальной оценкой все четыре варианта ответа в ситуации. Видимо, трудность выбора была обусловлена тем, что при получении и передаче информации люди используют все органы чувств. Дифференциальная сила такого самоотчета оказывалась крайне слабой.

Основной вариант регистрации ответов представлял собой метод парных сравнений, т. е. по существу последовательный вариант ранговой диадической решетки. Для каждой ситуации было задано по 6 парных выборов, в которых каждая сенсорная модальность была противопоставлена каждой.

Например:

Когда я хочу понять сложный учебный материал, то

В	смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	проговариваю вслух	А
А	проговариваю вслух	записываю прочитанное	К
К	записываю прочитанное	обдумываю значение отдельных слов, фраз	Д
Д	обдумываю значение отдельных слов, фраз	смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	В
В	смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	записываю прочитанное	К
А	проговариваю вслух	обдумываю значение отдельных слов, фраз	Д

Метод парных сравнений позволял «зашумлять» выбор той или иной репрезентативной системы. Многократно совершаемый выбор в ходе заполнения опросника позволял испытуемым четче осознать свои сенсорные предпочтения.

Взрослые заполняли опросник либо сами, либо с помощью экспериментатора. Все дети заполняли опросник в присутствии экспериментатора. Предлагалась следующая инструкция: «Опросник описывает различные варианты поведения или реагирования в повседневных ситуациях. Ответы представлены в виде попарного сравнения этих способов реагирования. Выберите, пожалуйста, в каждой паре более соответствующий вам способ поведения и реагирования».

Заполнение испытуемым теста давало последовательность исходов, которая затем подвергалась однозначной количественной интерпретации. Суммарный балл подсчитывался с помощью ключа (буквенного обозначения сенсорной модальности): А — аудиальная; К — кинестетическая, В — визуальная и Д — дигитальная. Ключ устанавливает числовое значение исхода по каждому пункту. Например, за выбор кинестетического варианта ответа испытуемый получает +1 по шкале кинестетической модальности. В конце каждого опросника подсчитывается общее количество баллов испытуемого по каждой сенсорной модальности. Суммарное количество баллов задано изначально: 6 парных выборов в каждой из 8 предлагаемых ситуаций $(48 \times 2) = 96$. Каждая модальность встречается в тесте 24 раза, следовательно, максимальная оценка по каждой шкале равняется 24.

В заключение важно отметить, что стандартизованная форма теста сама по себе еще не определяет объективности получаемых данных. Объективный характер процедуры измерений должен быть обеспечен выполнением основных психометрических требований — требований репрезентативности, надежности и валидности. Поэтому одной из наших дополнительных задач стало исследование репрезентативности, надежности и валидности разработанной методики «Сенсорные предпочтения».

Методика «Сенсорные предпочтения в семье»

Среди методов клинико-психологического исследования личности важное место принадлежит способам изучения ее отношений со значимыми другими. В социальной психологии используются такие методы, как, например, шкалы аттитюдов, отражающие осознаваемый слой отношений. В клинической психодиагностике успешно применяются цветоассоциативный эксперимент и «Цветовой тест отношений» (Эткинд А. М., 1980), позволяющие вскрыть также и неосознаваемые компоненты системы отношений.

В то же время наша непосредственная задача — выяснение роли сенсорных предпочтений в формировании семейных отношений — не могла быть решена с помощью известных методов, поскольку ни в один из них не был включен указанный аспект. Итак, возникла необходимость в новой методике, учитывающей сенсорные предпочтения членов семьи. Рассмотрение этого аспекта представляет собой новый методический прием и важно с точки зрения общих вопросов изучения системы семейных отношений.

Методической основой данного исследования является изучение осознаваемых отношений личности к значимым другим. Оно базируется на разделении информации, получаемой от другого человека при взаимодействии, на несколько видов, в зависимости от используемого сенсорного канала. Человек воспринимает:

1) визуальную информацию — мимика, позы, жесты, внешний вид партнера по общению;
2) аудиально-тональную информацию — интонации, тембр голоса, скорость речи;

3) кинестетическую — прикосновения и внутренние физические ощущения от контакта;
4) дигитальную — смысл речевого высказывания, значения слов и фраз.

Задачей тестового исследования стало изучение конкретных отношений личности к значимому другому, которые основываются на предпочтении того или иного канала связи с ним: визуального, аудиального, кинестетического или дигитального. В соответствии с этой задачей мы выделили 4 шкалы предпочитаемого взаимодействия: по выражению лица; по звуку голоса и интонациям; по тактильному контакту; по смыслу, содержанию речи (приложение 6).

Экспериментальное исследование систем отношений в известной мере затруднено их огромной вариативностью. Для разных людей различны не только характеристики отношений, но и сами их объекты. В связи с этим данный эксперимент был организован так, что испытуемые вначале сами определяли состав значимой для себя системы отношений, а затем описывали ее при помощи опросника «Сенсорные предпочтения».

В данной методике был использован метод парных сравнений. Однако в качестве конструктов выступали не сенсорные предпочтения, а отношения к членам семьи.

Обработка протоколов заключалась в подсчете баллов, которые испытуемый отдал каждому члену семьи: по отдельным каналам и суммарный балл по всем шкалам в целом.

Описание процедуры исследования

Психологическая работа с семьями детей и подростков, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами, проводилась на базе Санкт-Петербургского социально-психолого-педагогического центра «Развитие». Родители по собственной инициативе или по инициативе школы обращались в психотерапевтический отдел центра с жалобами на поведение или состояние ребенка (подростка). Каждый ребенок первоначально проходил консультацию психиатра. Из 30 обследованных в этой группе детей на учете у психиатра ранее состояли лишь 30%. В результате обследования психиатром все дети данной группы были разделены на группы в зависимости от преобладающей симптоматики. После обследования психиатром ребенок (подросток) направлялся к психологу для проведения психологической работы с ним и с его семьей. С согласия родителей семья включалась в экспериментальную группу. В этом случае все члены семьи (мать, отец, братья, сестры) заполняли описанные выше протоколы обследования. Большую практическую трудность представляло привлечение отцов к психологической работе и, следовательно, к участию в обследовании. Если в ходе беседы выяснялось, что в семейных отношениях важную роль играли бабушки и дедушки, то их также привлекали к участию в обследовании. Со всеми семьями данной группы было проведено от 3 до 5 консультативных встреч, с 22 семьями в дальнейшем проводилась психокоррекционная работа.

Семьи со здоровыми, адаптированными детьми и подростками обследовались на базе средних школ и детских садов Санкт-Петербурга. Испытуемых подбирали на родительских собраниях после лекции об индивидуальных психологических особенностях личности и об их влиянии на взаимоотношения в семье. Заинтересованные родители получали все необходимые инструкции. После заполнения

протоколов с каждой семьей проводилась индивидуальная консультация по результатам психологического обследования.

Из этой группы для данного исследования были отобраны семьи, в которых дети справляются с учебной программой, социально и эмоционально адаптированы. Отбор производился с помощью педагогов данных учебных заведений, хорошо знакомых с детьми.

Нарушение межличностной коммуникации в семье

Важнейшим результатом более строгого и систематического подхода к семейному информационному общению является выявление многочисленных факторов, которые могут ему воспрепятствовать, исказить его смысл, — барьеров общения. Оказалось, что в ходе взаимного общения в семье могут происходить самые различные явления, не слишком заметные, но ухудшающие процесс коммуникации и, соответственно, влияющие на взаимопонимание. Было исследовано значение различных языков в семейном общении: речи, жестов, мимики (Christensen L., Wallace L., 1976; Boyd L., Roach A., 1977); выявлены пути и способы, которыми члены семьи управляют процессом информационного общения в семье и информированностью друг друга; рассмотрены некоторые примеры злоупотребления коммуникационным процессом, использования его для своих (скрываемых) целей (Berne E., 1964), особенности и нарушения передачи информации о чувствах, испытываемых членами семьи друг к другу (Satir V., 1964), и, наконец, различные взаимоотношения, возникающие между членами семьи в ходе информационного общения, способы борьбы за «коммуникационный канал», способы подавления одного из партнеров общения. Представление об этих процессах может дать изучение случая 16.

Основные виды нарушений коммуникационного процесса в семье

Целый ряд нарушений коммуникационного процесса в семье вызвал особенное внимание психотерапевтов. Эти нарушения были описаны как «типичные нарушения» коммуникации в семье.

Концепция «отклоненной коммуникации» в семье

Понятие «отклонений коммуникации» (в противоположность «здоровой коммуникации») охватывает многочисленные нарушения общения, которые были выявлены при исследовании семей шизофреников и других проблемных семей. Это исследование М. Зингера и Л. Вайна (Singer and Wynne, 1966) с помощью теста Роршаха и исследование с помощью теста ТАТ, проводившееся с родителями пациентов, болеющих шизофренией (Goldstein, Rodnick, Jones, McPherson, and West, 1978). Эти исследования выявили многочисленные случаи искажений коммуникации. Отмечены искажения речи у родителей, склонность к односторонней коммуникации (вместо диалога — монологи). Весьма характерно также отсутствие

Случай 16

БОРЬБА ЗА КОММУНИКАЦИОННЫЙ КАНАЛ В СЕМЬЕ (ПО WATZLAWICK, BEAVIN, & JACKSON, 1967, p. 111–113)

Терапевт. Скажите, как это получилось, что изо всех людей на свете вы нашли друг друга?	
Жена. Мы работали вместе…	
Муж. Мы… оба работали в одной и той же фирме. У моей жены была счетная машина, а я как раз их ремонтировал.	Муж не добавляет никакой новой информации. Он просто иными словами повторяет то, что уже говорил. Его единственная цель — утвердить свое право на «последнее слово».
Жена. Мы работали в одном и том же здании.	Жена с этим не смиряется. Она переформулирует последнее утверждение с целью утвердить свое право на равный голос в дискуссии.
Муж. Понимаете, она работала в фирме, где была масса всякого оборудования. Поэтому мне и приходилось проводить там много времени, чиня это оборудование.	Муж также не добавляет никакой новой информации, он просто тавтологично повторяет то, что сказала жена; просто он так контрреагирует на ее стремление сказать последнее слово.
Жена. Нас познакомили девушки, которые со мной работали. (*Пауза*).	Важно и привлечение ею «других девушек». Оно «усиливает», повышает роль жены в деле, о котором идет речь. Ведь это девушки, с которыми именно она работала (а не муж).
Муж. Собственно говоря, нас познакомили на вечеринке, которую устроил один из работников. Но нам случалось видеться и раньше.	Смягченное и по внешней форме миролюбивое, но в действительности иное, чем у жены, описание сути дела.
Жена. До этой вечеринки мы не встречались (*короткий смех*). (*Пауза*.)	Это хоть и смягченное, но уже прямо выраженное несогласие. Оно показывает, что спор уже начался. Эта пауза завершает первую часть дискуссии. Мы видим, что это была симметричная дискуссия без ясного завершения.

зрительного контакта — при разговоре члены семьи не смотрят друг на друга. Имеют место неожиданные выходы из контакта, когда общающийся член семьи просто забывает о процессе общения, поворачивается спиной или без предупреждения начинает заниматься чем-нибудь другим. При этом особенно важным оказывается не наличие или отсутствие какого-либо из этих отклонений, а их общая масса в той или иной семье. Результаты исследования с помощью ТАТ показали, что выраженность таких отклонений у родителей повышает риск заболевания шизофренией у детей.

Парадоксальная коммуникация: концепция «двойной связи»

Концепция «двойной связи» возникла как результат исследований Г. Бейтсона, Д. Джексона, Дж. Хейли и Дж. Викланда семей больных шизофренией, проводив-

шихся в Пало-Алто, Калифорния (Bateson, Jackson, Haley, and Weakland, 1956). «Двойная связь» — разновидность того, что они назвали «парадоксальной коммуникацией», — получается, если одновременно по коммуникационному каналу следуют два взаимоисключающих сообщения и каждое из них должно быть воспринято как истинное. Когда вы заявляете, что нечто вам очень интересно, не отрываясь при этом от газеты, — вот довольно типичный пример парадоксальной коммуникации. Любая разумная реакция на нее обречена быть ошибочной. Такая коммуникация — не столь уж редкая вещь в повседневной жизни семьи. Однако, занимая большое место в общении с детьми, она может оказывать и патогенное влияние (Steinglass, 1978).

«Двойная связь» — особенно деструктивная форма парадоксальной коммуникации, где к противоречивому (парадоксальному) сообщению добавляется и запрет замечать (или, по крайней мере, комментировать) его противоречивость. Пример — коммуникативное поведение молодой женщины в ходе сексуального сближения. Когда ее муж пытается сблизиться с нею, она застывает и отодвигается, когда же он начинает «отступать», она (не желая считаться холодной или фригидной) провоцирует его на сближение и в обидной для него манере спрашивает, почему он сегодня такой пассивный. Муж в этой ситуации включен в «двойную связь». Какому бы побуждению со стороны жены он ни подчинился, он одновременно нарушит другое.

Позднейшие исследования не подтвердили предположений об участии «двойной связи» в этиологии шизофрении, однако ее деструктивная роль в межличностной коммуникации в семье не вызывает сейчас никаких сомнений.

«Замаскированная коммуникация»: мистификация

Это понятие введено Р. Лэингом (Laing, 1965) для описания способов коммуникации при внутрисемейных конфликтах и наличии противоречивых мнений. В целом они сводятся к маскировке, затушевыванию того, что происходит в семье: один член семьи подтверждает содержание того, что говорит и что действительно ощущает другой, но в то же время отвергает интерпретацию, которую тот предлагает.

Пример: молодой муж возвращается с работы и находит свою жену там, где он ее оставил, — перед телевизором, в тех же грязных джинсах, окруженную тем же беспорядком.

Жена (*реагирует на его хмурый вид*). Ты зол?
Муж (*который в действительности крайне раздражен*). Да нет, я просто сильно устал.
Жена. Так почему же ты выглядишь таким злым?
Муж. Тебе это просто кажется.
Жена. Зачем ты говоришь неправду? Я же вижу...
Муж. Я не знаю, о чем ты говоришь...

Основная функция данной мистификации — сохранить статус-кво (в данном случае — видимость нормальных взаимоотношений), а способ — неверное сообщение о причине того, что произошло.

Другой пример — когда ребенок жалуется, что ему плохо, родители ему отвечают: «Ты не можешь так говорить, ведь у тебя все есть. Просто ты неблагодарный».

В обоих случаях ради спокойствия индивида интерпретация сообщения так искажается, что его информационная роль сводится к нулю.

Информационный тренинг

На основе исследований процессов коммуникации разработан ряд тренинговых методик. Это, прежде всего, тренировки внимания и восприимчивости в ходе коммуникации.

Психологи и врачи, занимающиеся семьей, всегда понимали, что взаимное внимание супругов, а также родителей и детей, выраженный интерес к тому, что каждый из них может сообщить другому, — немаловажный момент супружеского взаимопонимания. Однако по-настоящему значение его было осознано после исследования Т. Гордона, где было доказано, что значительная часть информации, которой обмениваются члены семьи, обычно остается невоспринятой (Gordon T., 1975). Особенно это касается информации, идущей «снизу вверх» — например, от детей к родителям. Важно и то, что сама невоспринятость информации ускользает от передавшего — он склонен считать, что все, что он хотел сказать, воспринято и понято.

Под влиянием работ Т. Гордона составлен ряд тренировочных программ по формированию «искусства внимательного слушания» (Garland D., 1981), в ходе которых формируются элементарные, на первый взгляд, но чрезвычайно важные и часто отсутствующие в обычной семейной жизни навыки: поворот тела по направлению к говорящему, поддержание контакта глазами, «парафраз», т. е. повторение сказанного другим членом семьи с уточняющим вопросом: «Правильно ли я понял то, что ты хочешь сказать?»

Другое направление совершенствования внутрисемейной коммуникации — это повышение осознанности коммуникационного поведения. Как уже указывалось, многое в сложном коммуникационном процессе ускользает от самих общающихся, в особенности это касается невербальной части общения: жестов, мимики, интонации. Специальные тренировки с применением видеотехники помогают членам семьи начать более осознанно подходить к тому, как они общаются (Scholz M., 1980). Ряд исследований и тренинговых систем направлен на развитие у членов семьи способности выражать свои чувства в адекватной и понятной другим форме (Wells R., Figurel J., 1982). Исследования, проведенные среди лиц, посещавших те или иные тренировочные программы, подтвердили их эффективность, и в частности — положительное влияние на удовлетворенность семейными отношениями и стабильность семьи (Montgomery B., 1981).

Теория семейно-необходимой (функциональной) информации

Существует целый ряд исследований процессов коммуникации, результаты которых используются в психокоррекционной деятельности. В то же время эти результаты вызывают определенное разочарование: пока все реальные успехи достигнуты в коррекции семейных отношений здоровых людей. Слишком мало еще известно о связи межличностной коммуникации с серьезными личностными нарушениями — нервно-психическими расстройствами. Большие надежды, которые на ранних этапах развития семейной психотерапии связывались с изучением внутрисемейной коммуникации и роли ее нарушений в этиологии серьезных психических заболеваний (таких, например, как шизофрения), пока не оправдались.

На сегодняшний день исследователи выяснили, что столь важное внутрисемейное явление, как межличностная коммуникация, влияет на психическое здоровье ее членов лишь опосредованно, через участие в формировании уровня удовлетворенности семьей, степени ее стабильности и т. п.

В действительности нарушения межличностной коммуникации, по-видимому, играют весьма серьезную роль в этиологии широкого круга психогенных заболеваний. Однако выявление этой роли должно идти, на наш взгляд, несколько иначе, чем раньше. Полезную роль здесь могла бы сыграть предложенная нами ранее теория «семейно-необходимой» (функциональной) информации (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990).

Общий недостаток многих исследований семейной коммуникации — это их ограниченность рамками учения о коммуникационном канале. Как известно, оно охватывает лишь определенный период: с момента, когда возникает необходимость передачи информации, до момента ее получения, декодировки и интерпретации. Между тем при изучении семьи важнейшую роль играют процессы, в силу которых информация становится собственно информацией — ведь она является таковой не вообще, не независимо от каких-то объективных условий, а лишь относительно определенной системы. То, что является информацией в одной системе, не является ею в другой. Это связано прежде всего с тем, способна ли она произвести изменения в системе. Если система никак не реагирует на информацию — это значит, что для данной системы она информацией не является. Известие об измене мужа (в отличие от известия о прошлогоднем снеге) является семейной информацией, потому что способно внести большие изменения в жизнь семьи.

В соответствии с этим положением при анализе коммуникационных процессов в определенной семье необходимо установить, в какие состояния может перейти данная семья, и затем: существует ли такая информация, которая, оказавшись в системе межличностной коммуникации семьи, может перевести семью из одного состояния в другое? Например, семейный психотерапевт анализирует нервно-психическое расстройство у одного из членов семьи, которое возникло под влиянием каких-либо внутрисемейных процессов. Он должен выяснить, наличие каких коммуникационных процессов (появление какой информации в межличностном общении) могло бы предупредить или остановить развитие неблагоприятных семейных процессов, оказавшихся источником психической травматизации. Установив факт возникновения невроза или реактивной депрессии под воздействием нарушений системы семейных представлений или системы взаимного влияния в семье, психотерапевт должен далее выяснить, какие межличностные коммуникационные процессы могли предупредить нарушение этих сторон жизнедеятельности семьи.

Если существуют такие межличностные коммуникационные процессы, которые могли бы воспрепятствовать нарушению, то возникают вопросы: как эти процессы могли возникнуть в данной семье, почему они не возникли? Иначе говоря, нужно выяснить: кто, какую информацию, кому и каким способом должен был передать, чтобы не было психической травматизации, а также откуда, в результате каких процессов должны были у коммуникатора появиться и сама информация, и понимание того, что ее необходимо передать?

Предлагаемый подход отличается от тех подходов, которые ориентируются на учение о коммуникационном канале. Во-первых, в центре внимания здесь не

только вопрос о том, как передается в семье информация, но и о том, как она возникает — этап, предшествующий вступлению в действие семейного коммуникационного канала. Во-вторых, исследования, связанные с учением о коммуникационном канале, фактически не учитывают содержания информации, проходящей по каналу, а только находят барьеры, препятствующие прохождению любой информации, а предлагаемый нами подход начинается с выяснения того, какая именно информация была нужна членам семьи в ходе их общения. Поэтому вопрос о коммуникационных барьерах ставится уже более конкретно: какие нарушения в межличностном информационном общении воспрепятствовали прохождению информации, нужной для предупреждения психической травматизации?

Введем ряд понятий, необходимых для анализа связи психической травматизации личности с особенностями процесса межличностной коммуникации в семье.

Коммуникационная проблема — это такая ситуация в жизни семьи, когда:

- у одного из членов семьи существует определенная потребность;
- удовлетворение этой потребности зависит от действий другого члена семьи;
- эти действия имели бы место, если бы член семьи, имеющий потребность, передал определенную информацию (просьбу, намек и т. п.);
- однако такая передача невозможна в силу каких-либо психологических особенностей данного лица;
- потребность сохраняется, несмотря на невозможность ее удовлетворить (т. е. не происходит значимого снижения уровня притязаний).

Речь может идти о самых разнообразных потребностях, удовлетворение которых зависит от другого супруга: потребностях в любви, симпатии, в признании самостоятельности, в помощи, в уважении и т. п. В семье постоянно возникают ситуации, когда удовлетворение каких-то потребностей зависит от других членов семьи.

Коммуникационный барьер — особенности члена семьи, имеющего потребность, и других ее членов (от действия которых зависит ее удовлетворение) или особенности их взаимоотношений, в силу которых передача информации оказывается затрудненной.

Дефицитная информация — информация, прохождение которой по коммуникационному каналу предупредило бы возникновение психотравмирующего семейного нарушения.

В качестве примера коммуникационной проблемы рассмотрим ситуацию, которая отражена в ответах участников семейной психотерапии на вопросы «Ознакомительной анкеты».

В анкете был следующий вопрос: «Представьте, что вы несете тяжелую сумку, а ваш супруг (супруга) идет рядом, но не догадывается помочь. Как вы поведете себя в этом случае?» Отвечавшие могли выбрать из набора следующие ответы.

1. «Прямо скажу, чтобы помог».
2. «Ничего не скажу, но буду недовольна».
3. «Намекну».
4. «Постараюсь что-то сделать, чтобы он сам понял».
5. «Ничего не стану делать».

Заполнили данную анкету 58 человек (из них 69% женщины). Самыми многочисленными оказались ответы: «Ничего не стану делать» и «Ничего не скажу, но буду недовольна». Описанная ситуация дает возможность разобраться с определением коммуникационной проблемы, проиллюстрировать ее. Рассмотрим, является ли эта проблема именно коммуникационной. Возникшая ситуация соответствует первому признаку коммуникационной проблемы — имеет место определенная потребность одного из членов семьи. В данном случае это даже несколько потребностей супруги: в облегчении ее физических усилий и, конечно же, во внимании и сочувствии. Второй признак коммуникационной проблемы также налицо: в полном соответствии с приведенным выше определением, удовлетворение потребностей зависит от действий другого лица (здесь: мужа). С третьим признаком дело обстоит сложнее. Возможно, что идущий рядом муж прекрасно понимает состояние жены, но это не побуждает его помочь ей. А может быть, если бы муж догадался, что ей тяжело (из намека или прямого высказывания жены или кого-то из посторонних) и понял бы эту информацию адекватно — не только сам факт, что ей тяжело и обидно, но и насколько тяжело и обидно, — то помощь последовала бы немедленно: именно в этом случае мы имеем дело с соответствием ситуации третьему признаку коммуникационной проблемы. Наконец, вышеописанная ситуация имеет и четвертый признак — массивный коммуникационный барьер: существует ряд особенностей жены, мужа и их взаимоотношений, в силу которых данная информация по коммуникационному каналу не проследует (жена ничего не скажет мужу и даже не намекнет).

Развитие коммуникационной проблемы — это совокупность процессов, которые возникают под ее воздействием и приводят к психотравмирующим особенностям семьи. На основании клинического анализа этого процесса можно выделить следующие этапы его развития.

1. *Информационно-дефицитный*. На этом, начальном, этапе возникает и становится выраженной коммуникационная проблема. Имеет место неудовлетворенная потребность и невозможность коммуникации. Этот этап нередко протекает в форме воображаемой коммуникации имеющего проблему индивида с тем, от кого зависит ее решение. Индивид мысленно обращается к другому, а точнее — к своему представлению о другом, с так или иначе выраженной просьбой, требованием, намеком и мысленно получает его ответ. Результат этой коммуникации (а точнее — мысленного эксперимента) в немалой степени зависит от представления о другом, о его личности, о психологических особенностях его отношения к индивиду и, следовательно, о его реакции на обращение к нему. Нередко именно это представление оказывается первым и окончательным барьером коммуникации.

— Что же ты мне тогда все не рассказал?
— А я думал, ты будешь смеяться.

Этот диалог, возникающий значительно позже момента несостоявшейся реальной коммуникации, поясняет суть воображаемой коммуникации и ее барьерную роль. На этом этапе может иметь место частичная коммуникация, робкие попытки все же передать какую-то информацию («Ничего не скажу, но буду недовольна» — в этом примере недовольство является не только проявлением физической усталости, но и частичной коммуникацией, намеком). В итоге первого этапа член

семьи так или иначе оказывается перед тем фактом, что важная для него потребность (в любви, симпатии, жалости, уважении и т. д.) не может быть удовлетворена, так как информация о ней не может быть передана или понята.

2. *Этап замещающее-искаженной коммуникации.* Коммуникационная проблема может остановиться в своем развитии на первом этапе и остаться источником «тлеющей неудовлетворенности». Однако возможно и дальнейшее ее развитие: член семьи все же пытается сообщить о своей потребности, но так как у него нет возможности выразить ее прямо, он ищет способы легализовать свою просьбу или требование. Женщина, испытывающая потребность во внимании и заботе, будет настаивать на соответствующем поведении мужа, но исказит причину потребности. В силу особенностей своего характера или семейных представлений жена не может признаться, что просто нуждается во внимании и заботе мужа — она думает, что такое признание вызовет у него чувство превосходства над ней, а это было бы ей неприятно, поэтому она начинает настаивать на нужном ей поведении, выдвигая причины, не существующие на самом деле (например, что так положено в хорошей семье). Такая тактика нередко дает возможность легализовать свою потребность, передать информацию и добиться нужного изменения поведения, в то же время она порождает новые проблемы. Во-первых, способствует искажению представлений членов семьи друг о друге: супруг начинает считать свою жену человеком, для которого весьма большое значение имеет престиж семьи. Во-вторых, прикрытие действительной информации может плохо согласовываться с действительностью: мужу должно показаться странным, что жене ранее не было так важно, чтобы все было «как положено». В результате искажается представление супругов о личности друг друга и, соответственно, ухудшается взаимопонимание.

Этот этап развития коммуникационной проблемы может быть характерен для значительного числа проблем, возникающих в данной семье и определяющих стиль взаимоотношений. Характерно высказывание одного из пациентов в ходе семейной психотерапии о своей супруге: «Чего бы она ни хотела, она никогда не назовет истинную причину своего желания, а обязательно придумает какое-то другое, более солидное и убедительное обоснование. Она хочет купить себе сверхмодную шубу, но ни за что не признается, что просто ей очень захотелось иметь ее. Начнутся длинные разговоры о том, что зима в этом году особенно суровая, о том, как опасны простуды...» Дальнейшее обсуждение показало, что к искреннему высказыванию о том, что «очень захотелось», наш пациент отнесся бы весьма критично, как и к другим желаниям, продиктованным стремлением жены быть привлекательной, модной. Мы видим, что коммуникационный канал для прямого выражения желания закрыт, так как вызывает у мужа интенсивные негативные эмоциональные реакции (как оказалось в ходе дальнейшей терапии, весьма сложной этиологии). Информационные отношения переходят на этап замещающее-искаженной коммуникации.

3. *Поведенчески-коммуникационный этап.* Замещающее-искаженная коммуникация может оказаться недостаточной для решения проблемы. В этом случае член семьи с неудовлетворенной потребностью переходит к манипулированию отношениями в семье с целью создания ситуации, дающей

Случай 17

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИОННОЙ ПРОБЛЕМЫ

Коля Н., 8 лет. Поступил с диагнозом «истерические расстройства личности». По рассказам матери, мальчик просыпался ночью и начинал интенсивно биться головой об стенку, около которой находилась кровать. У пациента до сих пор имеется выраженный ночной энурез (каждая вторая-третья ночь «мокрая»). Бывает, что мальчик просыпается и на протяжении часа и более «устраивает концерты»: кричит, назло родителям говорит «нехорошие слова», его можно успокоить только с большим трудом.

Исследование обнаружило этиологическую связь между его приступами и конфликтными отношениями в семье на протяжении последних лет. Конфликт родителей привел к снижению внимания к ребенку (значительное время он воспитывался и был основным предметом забот недавно умершей бабушки). Кроме того, болезнь ребенка была «условно желательна» для всех членов семьи, так как обычно на какое-то время происходила консолидация сил и некоторое смягчение конфликтных взаимоотношений. В силу взаимосвязи нервно-психических расстройств пациента с состоянием семьи рекомендована семейная психотерапия.

Было проведено исследование семейных взаимоотношений между родителями Коли Н. (муж — Николай Н., 30 лет, жена — Анна Н., 29 лет).

Исходным пунктом конфликта явились трудности с ведением домашнего хозяйства, возникшие у Анны Н. и связанные не столько с необходимостью совмещения производственной деятельности и большого объема домашней работы, сколько с изменением ее места в семье: «До рождения ребенка муж мне еще помогал, ухаживал как умел. Знал, что характер у меня независимый, что я могу взять и уйти. После появления ребенка он успокоился — теперь я никуда не денусь — и переложил все на меня.

Однажды я прямо сказала ему, что мне нужна его помощь. Он отделался шутками, очень обидными для меня. У меня была очень тяжелая жизнь: ни минуты свободной, каждый день одно и то же. Но самое обидное, что я чувствовала себя дурой, понимала, что никуда не денусь и что всегда будет так или еще хуже.

С завистью смотрела на подруг, которые были свободны (мне было 18 лет, я вышла замуж одной из первых). До свадьбы он за мной бегал, а теперь я никуда не могла от него уйти. Были моменты, когда хотелось выть от тоски или назло всем наложить на себя руки. Когда ребенок заболел, я решила: "Все!" Муж приходит, спрашивает: "Где ужин?" Я ему: "Сделай себе и ешь!" — "Рубашка?" — "Постирай и носи! Не хочешь стирать, ходи в грязной!" Я видела, что его заело. Он начал исчезать, перестал давать деньги на хозяйство, приходил навеселе. Тогда я обратилась по месту работы в партком (он — член партии). Хотя было очень стыдно, я рассказала все о его поведении. Он отрицал каждое мое слово, а когда большинство стало на мою сторону, уволился и перешел на другое место работы. В первый же день вернулся домой пьяный в 2 часа ночи, со страшным шумом, и при ребенке избил меня. После этого я не могла успокоить ребенка несколько часов, он плакал навзрыд. Я знала, что муж — эгоист, но не знала, что он может быть такой бешеный. Ночные возвращения повторялись несколько раз. Я не хотела обращаться в милицию из-за страха перед мужем. Если бы не ребенок и не вмешательство матери мужа (она умерла полтора года назад), мы бы давно разошлись».

возможность удовлетворить эту потребность: например, оказывает психологическое давление на другого члена семьи с целью принудить его поступить так или иначе или создает ситуации, когда другой вынужден поступить определенным образом. На этом этапе коммуникация отходит на второй план. Ведущую роль играют методы взаимного влияния. В то же время сохраняется определенный коммуникационный аспект поступков, совершаемых каждым из супругов («Ах ты так, тогда я тебе — так! Что ты

Случай 18

ДРУГОЙ ВАРИАНТ РАЗВИТИЯ КОММУНИКАЦИОННОЙ ПРОБЛЕМЫ

Людмила Д., 25 лет. 7 лет замужем. Живет с мужем и свекровью. Муж на 9 лет старше ее. По профессии бухгалтер. Обратилась с жалобами на чувство тоски, утомляемость, частые головные боли, рассеянность, которая не была свойственна ей ранее, бессонницу.

Внешне семейные отношения хорошие. Имеет ребенка 4 лет. Более интенсивное изучение семейных отношений показало наличие коммуникационной проблемы в ее взаимоотношениях со свекровью. Проблема возникла с момента замужества. Свекровь очень привязана к сыну и тяжело переживала его женитьбу. Он женился, когда был в длительной командировке в небольшом городке. Людмила Д. по характеру стеснительная, неуверенная в себе, хотя, по свидетельству мужа, иногда на нее находят приступы «детского упрямства», причины которых она потом не может толком объяснить. Когда невестка приехала жить в Ленинград, свекровь решила, что, «хотя она и была против этого брака, но раз так все получилось, она поможет невестке со всей душой». Эта помощь и явилась источником коммуникационной проблемы. «Я с детства не выношу, когда кто-нибудь стоит и смотрит, как я что-то делаю. Свекровь же от меня просто не отходила. У меня просто из рук все валилось, а она тут же выхватывала и поучительно, как старая учительница, говорила: “Не-е-т, не та-а-ак, а вот так, посмотри внимательно!” Я себя чувствовала дурой, неловкой и неумелой. Если бы она от меня отстала, я сама понемногу во всем бы разобралась. А так получилось, что я сразу все должна делать очень хорошо». На вопрос, пыталась ли Людмила Д. объяснить свое состояние свекрови или мужу, она ответила: «Свекрови даже не пыталась. Она бы смертельно обиделась. Она от всей души, для моей же пользы тратит свое время и здоровье, а я ей заявляю, что она мне мешает». Мужу пыталась объяснить, но он ее не понял, считая, что мать все делает из самых лучших побуждений. Больная призналась, что иногда испытывала приступы ярости — когда свекровь, стоя за ее спиной, наблюдала, а затем с характерной, всегда одинаковой, учительской интонацией начинала ей объяснять, что она сделала не так. «Было желание взять тарелку, которую я протирала, и разбить об ее голову», — так охарактеризовала свое состояние пациентка. После таких приступов испытывала чувство страха и вины. Уже тогда появились бессонница и головные боли.

По совету подруги, которой Людмила Д. рассказала о своих отношениях со свекровью, она прочитала две книги по домоводству и начала отстаивать «научные» способы варить, гладить и т. п., стала настаивать на разделении квартиры.

С появлением сына конфликт ушел вглубь. Людмила Д. очень переживала, боясь сделать что-то не так. Свекровь буквально оттеснила ее от ребенка и взяла уход за ним в свои руки. Это вызвало сильнейшие переживания Людмилы Д. Она рассказала, например, как однажды ребенок по ошибке назвал бабушку мамой, и после этого Людмила Д. «проревела всю ночь». Невротические симптомы в это время усилились, появились вспышки ярости, раздражительность, пониженное настроение. «Немного отхожу только на работе. Иногда хочется уснуть и больше никогда не просыпаться».

на это скажешь?»). Коммуникационная проблема на описываемом этапе превращается в конфликт (межличностный или внутренний), уже непосредственно оказывающий психотравмирующее воздействие.

Таким образом, коммуникационная проблема становится источником психической травматизации членов семьи, так как мешает удовлетворению их потребностей, а также запускает механизм конфликтных взаимоотношений и ведет к дальнейшему ухудшению взаимопонимания.

Рассмотрим основные этапы развития коммуникационной проблемы в психотравмирующем межличностном (случай 17) и внутриличностном (случай 18) конфликтах.

Исследование обнаружило большую роль коммуникационных проблем. Охарактеризуем коммуникационную проблему Анны Н. Основной ее потребностью, удовлетворение которой зависело от мужа, было облегчение ее домашнего труда. Большую роль сыграли также потребности в признании, в престиже. Ей нужно было, чтобы он помогал ей и, главное, ценил ее заботу о домашнем хозяйстве. Ощущение «вынужденности», зависимости от него, его неблагодарности вместе с усталостью и нервнопсихическим напряжением создали у нее труднопереносимый комплекс переживаний, включавший ощущение горечи, обиды, усталости. Однако она не могла передать свои ощущения мужу. Ее обращения к нему с тем, что ей нужна его помощь, было только бледным отражением ее истинных переживаний — горечи, злости на себя, безнадежности. Причиной этой невозможности была воображаемая коммуникация. «Да если бы я стала рассказывать ему, — пояснила Анна Н., — он бы опять стал смеяться. Он объяснил бы мне, что все женщины-матери так загружены. Он бы хихикнул и гордо заявил: “Я свое дело уже сделал, а теперь ты ухаживай за ребенком!” Да я заранее знаю каждое его слово».

Определенные коммуникационные барьеры, по-видимому, были и у мужа. Возможно, имел место комплекс неполноценности, связанный с поддержанием «мужского достоинства». Жена сообщила, например, что он всегда переживал из-за своего маленького роста, усердно занимался «мужскими видами спорта», очень болезненно переживал насмешки товарищей и всегда прислушивался к их мнению. Очень гордился «успехами у женщин». Одной из причин его упорных ухаживаний за ней было как раз то, что она нравилась многим его товарищам. Видимо, зависимое положение жены льстило его самолюбию и было одним из источников удовлетворенности браком.

Как сложились бы взаимоотношения супругов, если бы каждый из них, вопреки коммуникационным барьерам, располагал всей информацией о переживаниях другого? Что могло бы произойти, если бы Николай Н. имел полное представление о совокупности чувств, переживаемых его женой, и степени их интенсивности? Вне всяких сомнений, к той информации, которую он учитывал, строя свои взаимоотношения с женой, добавились бы новые важные моменты, он должен был бы учесть взрывоопасность ситуации в семье и последствия этой ситуации, связанные с его благополучием и с его «мужским достоинством». Каким бы ни было его решение, он должен был осознать, что имеет дело с серьезной проблемой, и, видимо, искал бы наилучший выход.

Она, со своей стороны, знала о его отношении к проблеме «мужского достоинства», однако не понимала всей ее серьезности. Если бы она хорошо представляла себе гамму чувств, которые он испытывает в связи со своим комплексом неполноценности из-за недостатка в росте, она приобрела бы мощный рычаг воздействия на него еще на первом этапе развития коммуникационной проблемы и в то же время нашла бы возможность не задевать его самолюбие.

Итак, если бы дефицитная информация все же проследовала по коммуникационным каналам, у каждого из супругов была бы полная картина внутренней жизни другого и вероятность того, что развитие взаимоотношений пошло бы другим путем, была бы достаточно высока.

Второй этап развития коммуникационной проблемы начался с того момента, когда Анна Н. получила возможность формулировать свои пожелания уже с позиции матери больного ребенка.

Третий этап — собственно конфликтные взаимоотношения — с того момента, когда они начали обмениваться взаимными ударами, стараясь поставить друг друга в безвыходное положение. Коммуникация на этом этапе приобрела уже чисто конфликтный характер.

На каждом последующем этапе развития коммуникационной проблемы все меньше вероятность того, что супруги будут взаимно откровенны и поделятся своими переживаниями. Вместе с нарастанием конфликтных отношений усиливаются и коммуникационные барьеры. Очевидно, что основным направлением семейной психотерапии в данном случае должно быть создание правильного представления о личности друг друга, уяснение источников развития семейного конфликта.

Рассмотрим коммуникационную проблему Людмилы Д. (случай 18). Она не могла передать свекрови свои переживания, чувства и эмоции, которые возникали у нее в связи с неусыпным контролем последней. Как бы развились события, если бы такая передача была возможной и свекровь получила бы полное представление об интенсивности и характере переживаний невестки? Трудно предвидеть ее реакцию, однако ясно, что свекровь встала бы перед фактом: вместо того чтобы помогать невестке, она ее мучает, лучшая помощь в данный момент — не дергать ее, дать ей возможность спокойно во всем самой разобраться. Если бы свекровь вообще хорошо знала невестку, она бы почувствовала ее беспомощность и несамостоятельность и была бы уверена, что через некоторое время невестка сама обратится к ней за помощью и советом.

Определенная коммуникационная проблема имела место и у свекрови. Брак сына вызвал у нее тревогу прежде всего потому, что она чувствовала, что больше не будет нужна ему, что «будет кому о нем заботиться». Основным барьером передачи такой информации невестке было, во-первых, самолюбие (она не смогла бы объяснить ни невестке, ни сыну, что она хотела бы по-прежнему заботиться о нем, несмотря на появление у него жены), во-вторых, трудности в осознании своих собственных чувств: она представляла себе, что заботится о сыне не потому, что это нужно ей самой, а потому, что это нужно ему. Если бы невестка понимала ее, то могла бы, по крайней мере, серьезно задуматься о том, что можно сделать, чтобы свекровь не чувствовала себя ненужной сыну. Возможно, что в результате выход был бы найден.

Развитие данной коммуникационной проблемы в конфликт отличается от развития предшествующей. Можно выделить два этапа. Второй этап начался, когда невестка все же попыталась избавиться от опеки с помощью чтения пособий по домоводству.

Смысл ее действий, обращенных к свекрови, мог бы быть передан такими словами: «Теперь я уже смыслю в домашнем хозяйстве больше вас, следовательно, ваша опека излишня». Данный этап не успел развиться.

Возможно, ответом свекрови была бы обида, и далее начались бы открытые конфликтные действия, которые могли закончиться ухудшением здоровья свекрови (у нее уже имелась ишемическая болезнь сердца).

Однако рождение ребенка резко изменило соотношение сил в семье, повысило зависимость невестки.

Она вынуждена была уступить, и конфликт превратился во внутренний, ставший источником ее заболевания.

Причины возникновения нарушений межличностной коммуникации в семье. Их выявление

Поскольку семейная коммуникация чрезвычайно сложна, причины ее нарушений могут быть столь же сложны и многообразны. Некоторые из них уже были рассмотрены: и неосознанность процесса коммуникации, и отсутствие коммуникационного внимания, и неумение выразить свои чувства в адекватной форме. В то же время при исследовании семей, оказывающих психотравмирующее воздействие на личность, на первый план выступают некоторые другие источники нарушений в процессе коммуникации.

1. Перегрузка коммуникации побочными функциями

Каждое сообщение, кроме основной функции — передачи информации, может выполнять еще и дополнительные, причем одной из наиболее важных является управление представлением того лица, к которому адресовано сообщение, о говорящем и об отношениях с ним. Например, слова: «Мне хорошо с тобой» являются одновременно и предложением дальше проводить время вместе, и выражением симпатии и даже уважения к тому, с кем ведется разговор (он обладает теми качествами, благодаря которым с человеком бывает хорошо, а известно, что это весьма ценные качества). С другой стороны, произнося эти слова, говорящий следит за тем, чтобы в результате его не стали меньше уважать. Он постарается избежать, например, унизительной для себя формулировки той же мысли («Без тебя мне плохо»).

В результате любое сообщение, адресованное другому члену семьи, редактируется, проверяется по крайней мере по трем параметрам.

1. Соответствует ли оно имеющемуся у индивида представлению о том, каким он должен казаться окружающим. Например, индивид, которому очень важно, чтобы члены семьи считали его человеком опытным и сведущим, испытает немалые затруднения, если ему нужно будет спросить у кого-то совета. Точно так же член семьи, желающий, чтобы его считали смелым, вряд ли решится рассказать другим членам семьи о своих опасениях и колебаниях или задаст вопрос: не опасно ли то, что он собирается сделать? Отвечая на вопрос: «Что бы вы хотели, чтобы о вас думали в семье?», члены семьи перечисляют обычно целый ряд качеств: умный, честный, хороший муж, справедливый, бескорыстный. Это показывает, насколько сложен образ «Я для других» и, следовательно, сколь многообразные ограничения он может накладывать на процесс коммуникации.
2. Соответствует ли сообщение образу другого, т. е. тому, каким он хочет, чтобы мы его себе представляли. Действительно, если наше сообщение будет противоречить в каком-либо аспекте тому, как человек хотел бы выглядеть в глазах других, то оно может вызвать его протест и коммуникация не состоится.
3. Соответствует ли сообщение характеру взаимоотношений участников коммуникации. Одно и то же сообщение о том, что индивиду нужна «вон та книга», будет формулироваться по-разному в зависимости от того, к кому

Случай 19

ИСКАЖЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДРУГ О ДРУГЕ

Нина Н., 25 лет, муж — Алексей Н., 26 лет, 5 лет женаты, проходят семейную психотерапию в связи с заболеванием старшего сына — Толи Н., 4 лет.

Приводимый эпизод взаимоотношений рассказан Ниной Н. во время первой встречи с психотерапевтом в качестве доказательства того, что ее супруг имеет привычку срывать на ней свое плохое настроение.

«Он (Алексей) вернулся с работы в ярости и, размахивая кулаками, рассказал, что начальник при всех отругал его, причем в самой хамской форме. Муж сказал мне далее, что на этот раз он еще сдержался, но за следующий раз не уверен. Я сказала мужу, что я бы поступила так: во-первых, напомнила бы начальнику, что он, как начальник, имеет право критиковать, но не имеет никакого права оскорблять людей, а во-вторых, я бы спокойно вышла из кабинета. По-моему, я правильно объяснила — именно так нужно поступать в таком случае. Я думала, что он мне скажет спасибо за совет. Вместо этого муж вскипел, наорал на меня и выскочил, хлопнув дверью».

оно обращено — к другу или просто знакомому, и вообще не будет иметь места, если должно быть обращено к врагу.

Перегрузка побочными функциями возникает, если значение трех перечисленных моментов настолько возрастает, что коммуникация становится невозможной. В этом случае информация легко вступает в противоречие с одним из трех образов: «Я для другого», «Другой для меня», «Наши взаимоотношения», и коммуникация прекращается или превращается в конфликт.

Отвечая на вопросы «Ознакомительной анкеты», члены семей, проходившие семейную психотерапию, давали ответы на вопрос: «Есть ли в вашей семье темы, которые вы не затрагиваете, чтобы не осложнять взаимоотношений?» Из 40 человек, ответивших на вопросы анкеты, 38 указали, что такие темы есть.

2. Нарушение представления об адресате коммуникации как коммуникационный барьер

Межличностная коммуникация требует от общающихся правильного представления о личности друг друга. Искаженное представление о другом члене семьи может стать серьезным препятствием для взаимопонимания при информационном общении.

Это отчетливо видно, в частности, на приведенных в этой главе примерах. В случае 17, Николая Н., было явно недостаточное представление о личности его жены и особенно о чувствах, которые у нее вызывало ее положение в семье. В результате он не понял ее обращения за помощью (точнее, понял очень поверхностно). Точно так же в случае 18 муж Людмилы Д. весьма плохо представлял себе внутренний мир жены. Поэтому осталась непонятой ее попытка (очень важная в истории этой семьи) объяснить ему те чувства, которые вызывает у нее опека со стороны свекрови.

Представление о личности члена семьи, к которому индивид обращается с каким-то сообщением, бывает необходимо по крайней мере в двух аспектах. Во-первых, необходимо знать и учитывать интеллектуальный уровень того, с кем общаешься, — что не всегда просто, особенно при общении с детьми. Есть люди, которые не умеют разговаривать с детьми: говорят слишком упрощенно или сложно.

Во-вторых, необходимо предусмотреть реакцию индивида на сообщение. Например, соответствует ли высказывание самолюбию адресата коммуникации, правильно ли будет понято намерение говорящего. Неспособность учитывать эти моменты лежит в основе многих семейных конфликтов, обид, недоразумений.

Для того чтобы понять, какую роль играет представление о личности другого в семейных информационных взаимоотношениях, обратимся к конкретному эпизоду (случай 19).

Перед женой стояла задача: правильно установить мотив обращения к ней мужа, основываясь на знании (уже многолетнем) его характера, — чего он хочет, что ему в данный момент нужно. Эта задача была осложнена (что характерно для семейных взаимоотношений) многозначностью его «коммуникационного сообщения». Действительно, гневные слова мужа о начальнике, обращенные к ней, можно было интерпретировать как обращение за моральной поддержкой, как просьбу дать совет или успокоить («Не волнуйся, все не так уж страшно»), как попытку произвести на нее впечатление своей выдержкой и бесстрашием или же как косвенную просьбу санкционировать ответную его реакцию в следующий раз («В следующий раз не давай ему спуску. Я знаю, что ты думал обо мне и ребенке и потому сдержался. Ничего, перебьемся»). Знание внутреннего мира супруга нужно было Нине Н., чтобы правильно установить мотив обращения. Она с полной уверенностью интерпретировала его как просьбу дать совет. На самом же деле (и дальнейшее знакомство с данной семьей подтвердило это) ведущим мотивом было желание моральной поддержки. Если бы Нина Н. в ответ на вспышку ярости сказала или показала, что разделяет негодование мужа, конфликт бы не возник. Интерпретировав его слова как обращение за советом, она фактически унизила его, ясно показав, что на его месте сумела бы найти правильный выход из положения. В результате ярость мужа обратилась на нее. Он, в свою очередь, переоценил ее способность понять его правильно и неверно интерпретировал ее ответ — как желание его унизить. Анализируемый эпизод свидетельствует о том, что представления жены и мужа друг о друге в данной семье искажены. Она считает его более деловым и расчетливым, чем он есть на самом деле, и в то же время недооценивает его потребность чувствовать себя правым. Он, со своей стороны, преувеличивает ее проницательность и агрессивность (склонность унижать других). Искаженные представления друг о друге в этой семье нередко оказывались источником взаимных обид и недоразумений.

Итак, недостаточно полное знание особенностей личности другого супруга представляет собой важный барьер коммуникации, создавая препятствия для адекватного информационного общения. В связи с этим возникает необходимость в развитии методов изучения представлений супругов друг о друге.

Проблема понимания человека человеком стала предметом интенсивных исследований в последние годы (Бодалев А. А. и др., 1983, 1993). В ходе семейной консультационной и психотерапевтической работы было опробовано значительное количество методик, нацеленных на лучшее понимание супругами друг друга. Наш опыт психотерапии побудил нас создать методику прогностической эмпатии (Эйдемиллер Э. Г., 1980). Для решения этой задачи мы использовали опросник Р. Кэттелла, форма С.

Каждый из обследуемых (супруги, родители и дети) давал ответы на вопросы стандартного опросника. После его заполнения перед членами семьи ставилась

задача: основываясь на своем знании друг друга, с учетом обстановки, в которой проходит обследование, и состояния каждого в данный момент, угадать ответы других членов семьи и ответить на все вопросы опросника. При этом со всей категоричностью подчеркивалось, что необходимо не охарактеризовать других членов семьи, а угадать как можно точнее их ответы. Отношение правильно угаданных ответов к общему числу вопросов давало коэффициент прогностической эмпатии ($К_{ПЭ}$). Этот коэффициент мы и рассматривали как показатель точности представления одного члена семьи о другом. Всего в исследовании участвовали 44 мужа, 78 жен и 90 подростков в возрасте 12–18 лет, принимавших участие в семейной психотерапии или участвовавших в работе психологической консультации.

Таблица 3

Результаты исследования прогностической эмпатии

Коэффициент прогностической эмпатии ($К_{ПЭ}$), %	Мужья	Жены	Подростки
50 и меньше	37	27	44
50–65	30	28	32
65 и выше	33	45	24
Всего	100 (44)	100 (78)	100 (90)

Уровень взаимной прогностической эмпатии членов семьи. Полученные данные показывают, что психологу или врачу, проводящему семейную психотерапию, приходится иметь дело с семьями, члены которых характеризуются довольно низким уровнем эмпатии. В особенности это касается мужей и подростков. Установление низкого уровня эмпатии членов семьи по отношению друг к другу дает основание думать о наличии коммуникационного барьера в их информационном общении.

Для подготовки семьи к семейной психотерапии чрезвычайно важно, что указанная методика позволяет не только установить общий уровень точности представления членов семьи друг о друге, но и выявить «пробелы эмпатии» — показать, какие конкретно качества других членов семьи воспринимаются искаженно. В частности, в случае 19 при исследовании уровня эмпатии Нины Н. установлено, что она действительно недооценивает значение, которое ее муж придает моральной стороне своих поступков, и переоценивает его рассудительность.

Обработка полученных данных выявила ряд интересных тенденций в проявлениях взаимной эмпатии у членов семей. У матерей наиболее часто выявлялись пробелы эмпатии (неправильное угадывание ответов) в оценке недоверчивости как мужей, так и подростков (недоверчивость они считали большей, чем это имело место). Ими же переоценивался оптимизм, жизнерадостность представителей мужской половины семьи. Значительные ошибки (в сторону недооценки) сделали матери (жены), оценивая склонности переживать чувство вины. Мужья склонны переоценивать уровень возбудимости и неуравновешенности своих жен.

Выявление пробелов эмпатии в ходе обследования семьи дает возможность выдвигать обоснованные предположения об искажениях коммуникационных процессов в данной семье.

Психотерапевтическая коррекция коммуникационных процессов в семье. Как уже указывалось, к настоящему времени разработаны многочисленные методики коррекции коммуникационных процессов в семье. Однако для решения специфических задач психотерапии в семье, оказывающей психотравмирующее воздействие на своих членов, возникает необходимость в специальных методах.

Психологическая коррекция уровня прогностической эмпатии оказалась весьма эффективной в том случае, когда основной причиной коммуникационного барьера было плохое (искаженное) представление друг о друге. Опишем кратко методику данного вида психотерапии, разработанную нами для коррекции этого нарушения коммуникации.

1. На первом этапе члены семьи заполняют друг на друга стандартные опросники. Подсчитывается коэффициент эмпатии, устанавливаются пробелы эмпатии.

   Для этой цели мы использовали «Патохарактерологический диагностический опросник» (ПДО) А. Е. Личко и Н. Я. Иванова (1983) и оригинальный психологический тест «Метод аутоидентификации и взаимной идентификации по словесным характерологическим портретам» (Эйдемиллер Э. Г., 1973).

   Мы создали вариант ПДО (ПДО-2) для взаимной характерологической оценки подростков и их родителей (Эйдемиллер Э. Г., 1976). В этой версии утверждения даны в 3-м лице, кроме того, в темах № 10 «Отношение отца (матери) к подростку», № 23 «Отношение родителей к работе» и № 24 «Отношение матери к отцу, отца к матери» утверждения были сформулированы нами.

   Для того чтобы расшифровывать полученные результаты, необходимо вначале научиться пользоваться опросником ПДО.

   «Метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам» представляет собой набор из 13 карточек, на которых даны описания разных типов характера (на основании выделенных типов характера в классификациях П. Б. Ганнушкина, К. Шнейдера и К. Леонхарда). Испытуемому предлагается просмотреть все 13 карточек и выбрать те (от одной до трех карточек), на которых более или менее похоже описан он сам, его родители и другие родственники. Затем предлагается выбрать наиболее неподходящие карточки (1–3). Разумеется, вначале производится процедура самооценки, а затем оценка других лиц (по очереди). Описание метода см. в приложении 10.

2. Членам семьи предлагается придумать как можно больше случаев, эпизодов, когда данный пробел эмпатии оказывается источником недоразумений и обид. При достаточно высоком интеллектуальном и образовательном уровне задание может выполняться индивидуально и даже в виде «домашнего», в других случаях возможно групповое составление таких историй. Цель этапа — сформировать у члена семьи умение распознать ситуации, в которых проявляется пробел эмпатии и внимательности в таких ситуациях.

3. Выполнение специальных упражнений по усилению эмпатии к качествам, по распознаванию которых имелся пробел. Упражнения эти индивидуаль-

ны, основу их составляет описание (весьма краткое, в самых общих словах) встречи двух людей, упоминается несколько тем их разговора. Затем сообщается, что один из них, возвращаясь со встречи, с удивлением констатирует, что у него от встречи остался неприятный осадок на душе. Члену семьи, участвующему в занятии, предлагается указать как можно больше возможных причин, из-за которых мог возникнуть этот осадок. Сообщается, что у данного человека ярко выражено как раз то качество, по отношению к которому у члена семьи пониженная эмпатия. Например, если участвующий в семейной психотерапии индивид имеет пониженную эмпатию к проявлениям самолюбия у других людей, ему говорят: «Придумайте возможно больше причин, из-за которых появился неприятный осадок, учитывая, что человек этот весьма самолюбив». Упражнение позволяет создать более яркое представление о данном качестве, его различных проявлениях и, как предыдущее, создает установку бдительности по отношению к пробелу эмпатии.

Итак, нарушения межличностной коммуникации в семье могут выступать в качестве существенного источника психической травматизации личности прежде всего потому, что приводят к развитию конфликтного взаимоотношения в семье. Основные направления коррекции процесса коммуникации в семье — это психотерапевтические мероприятия, направленные на осознание места коммуникации в семье и ликвидацию нарушений (пробелов) эмпатии.

Нарушение механизмов интеграции семьи

Семья: ее структура и интеграция

Люди, живущие в семье, нередко задают себе вопросы: хорошо ли мне здесь? хорошо ли мне в семье вообще и в моей в частности? Отвечая на эти вопросы, они думают о многом: о том, становится ли их жизнь благодаря семье более осмысленной, счастливой, удобной, интересной, насыщенной; могут ли они быть в ней (и благодаря ей) тем, чем хотели бы быть; помогает она или мешает им достичь их целей; как она влияет на их престиж. При этом под словом «семья» человек понимает целый комплекс явлений: отношения в семье, свое место в ней, весь образ жизни семьи, ее прошлое и будущее. Каждый из этих факторов может быть важен или не важен для него, удовлетворять его или не удовлетворять, содействовать или противодействовать его желаниям, потребностям и планам, способствовать или не способствовать его развитию как личности и т. д.

Думая на эту тему, один человек обнаруживает, что только небольшая часть его личности (потребностей, желаний, планов) связана с семьей, а в целом семья занимает незначительное место в его жизни («Нас с женой связывает только общее проживание да несколько ничего не значащих фраз, которыми мы время от времени обмениваемся»).

Другой же знает, что многие важные для него потребности (например, в уважении, симпатии, смысле жизни, досуге и т. д. и т. п.) удовлетворяются именно в семье; он — по-настоящему семейный человек: вся его жизнь тесно связана, переплетена с жизнью его семьи; его досуг неразрывен с досугом семьи, его жизнен-

ные планы — это жизненные планы семьи; наконец, его счастье и горе связаны со счастьем и горем семьи. В первом случае мы говорим о низкой интеграции индивида с семьей, во втором — о высокой.

Семья как система

Говоря о связи, об интеграции индивида с семьей, необходимо уточнить, что мы понимаем под словом «семья».

Переломным моментом для развития науки о семье было возникновение представления о ней как о системе (Jackson D., 1965a). Системный подход к семье означает понимание того, что в ней все взаимосвязано, что она есть единое целое, единый психологический и биологический организм, поэтому, какой бы вопрос, касающийся жизни семьи, мы ни рассматривали, мы всегда должны в полной мере учитывать, как он связан со всеми остальными сторонами ее жизни. Вводимые системным подходом понятия, представления и модели теории систем (система, подсистема, обратная связь, информация и т. д.) как раз и показывают, как это делать — как, говоря о части, учитывать целое.

Семьи, как и личности и различного вида группы, являются, с точки зрения системного подхода, живыми открытыми системами (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990, Гулина М. А., Васильева Н. Л., 2002, Варга А. Я., Будинайте Г. Л., 2005, Эйдемиллер Э. Г., 2006).

Живые открытые системы обмениваются с другими энергией и информацией.

Общая теория систем, разработанная Людвигом фон Берталанфи (1969), может быть применена в семейной психологии и имеет следующие признаки.

1. Система является совокупностью элементов, связанных друг с другом прямыми и обратными связями и выполняющих общую функцию или функции.
2. Информация и энергия могут поступать как изнутри системы, так и из ее окружения.
3. Поведение живых систем характеризуется целеполаганием.
4. Для живых (человеческих) систем характерно стремление к устойчивости.
5. Вследствие этого появляются тенденции к механизации (автоматизации) взаимоотношений, поведение членов семьи становится более фиксированным.
6. Человеческие системы сопротивляются любым нарушениям их устойчивости.
7. Эти системы в определенном диапазоне способны приспосабливаться к внешним и внутренним изменениям.
8. Живые открытые системы способны производить подобные себе системы.
9. Все части и процессы целого взаимно обусловливают друг друга.
10. Все, затрагивающее систему в целом, влияет на каждый отдельный элемент внутри нее. Расстройство или изменение в одной части единства отражается в изменении других частей и системы в целом.
11. Исследование системы неотделимо от исследования условий ее существования.
12. Свойства целого вырастают из свойств элементов, а свойства элементов — из характеристик целого.

Случай 20

НЕПИСАНЫЕ СЕМЕЙНЫЕ ПРАВИЛА (ИЗ D. JACKSON, 1965)

Жена. Знаешь, я бы хотела, чтобы ты оделся получше. Мне бы очень хотелось, чтобы ты и вообще больше внимания уделял своей одежде. Почему бы тебе не взять часть денег, которые мы отложили на Рождество, и не купить на них новый костюм?

Муж. Я не могу тратить на себя столько денег в то время, как нашим детям нужно еще столько вещей.

Жена. Но мы хотим, чтобы и ты имел что-то.

Муж. Я не могу поставить себя на первое место.

13. Живые открытые системы обладают свойством самоорганизовываться, самоконтролироваться.
14. Система — нечто большее, чем сумма входящих в нее элементов.

Заметное влияние на понимание семейных процессов, помимо перечисленных выше, оказали три другие концепции общей теории систем: **обратная связь**, **гомеостаз** и **эквифинальность** (Браун Дж., Кристенсен Д., 2001).

Обратная связь в семейной системе носит циклический характер и отличается от линейной причинной связи.

Линейная причинная связь в ньютоновской модели познания может быть определена следующим образом — событие **А** обусловливает событие **Б**, затем **В** и т. д.

Круговая (циркулярная) причинность приобретает такой вид (рис. 3).

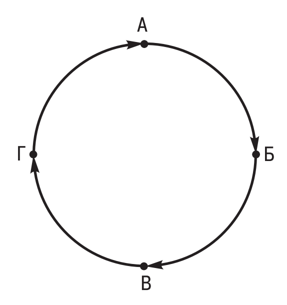


Рис. 3. Круговая (циркулярная) причинность

Событие **А** обусловливает события **Б**, **В**, и получает импульсы от инициированных им предыдущих событий и из первого превращается в первое-последнее. Дж. Браун и Д. Кристенсен (2001) ссылаются на Б. Ф. Окун и Л. Дж. Раппопорт (Okun B. F. & Rappaport, L. J., 1980) и иллюстрируют причинность принципами работы термостата. В помещении снижается температура (At<), это служит сигналом к включению датчика (**Б**), тот в свою очередь запускает термостат (**В**). Нагретый воздух поступает через клапан (**Г**) в помещение, нагревает его (At>). Далее по цепочке передается команда к выключению термоэлемента.

Гомеостаз. Обратная связь бывает позитивной, отражающей изменения, и негативной, восстанавливающей гомеостаз.

Эквифинальность. Этот принцип гласит, что эволюция семьи и ее результат — характер сложившихся паттернов отношений в ситуации «здесь и сейчас», важнее того, что происходит с семьей на промежуточных этапах эволюции.

Случай 21

ПРИМЕР ВЫЯВЛЕНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ (J. HALEY, 1978, p. 106)

Исходным пунктом выявления последовательности была жалоба матери на ее проблемы с сыном. Речь шла о том, что она чувствует себя с ним беспомощной и он этим пользуется. Данная круговая последовательность описана в главе «Нарушение семейных представлений».

Сначала было выдвинуто предположение, что причины ее неудач нужно искать как в ее прошлом, так и в особенностях характера ребенка. Позднее был «обнаружен» отец. Исследователь предположил, что поведение матери объясняется как раз ее взаимоотношениями с отцом. Например, если она ведет себя с ребенком компетентно, то отец «уходит в тень», а если она оказывается беспомощной, то вступает он. Следующее предположение психотерапевта — что ее беспомощность по отношению к ребенку была для нее способом психологически поддержать мужа, когда он оказывался в стрессовой ситуации и впадал в депрессивное состояние. Беспомощность жены заставляла его приободриться и помогать ей.

Семейные отношения — семейные правила. Д. Джексон, впервые систематически проанализировавший семью как систему, говорил, что семья — это «система, управляемая правилами» (Jackson D., 1965a). Он указывал на то, что из огромного многообразия возможных видов поведения члены семьи, как правило, используют лишь весьма немногие («redundancy principle» — Don Jackson, 1965b). Эти немногие устойчиво используемые способы поведения и составляют то, что он называет «семейными правилами». Большинство из них не осознается членами семьи. Мы можем выявить их, наблюдая за реальным поведением ее членов, за тем, как они обсуждают что-либо, принимают решения и т. д. Д. Джексон приводит значительное количество примеров, иллюстраций и анализов взаимоотношений в конкретных семьях, чтобы показать, как такие правила проявляются и действуют.

Вот один из приводимых им примеров «неписаных семейных правил», которые регулируют взаимоотношения мужа и жены и довольно ярко проявляются в их повседневном диалоге (Jackson D., 1965b). Это разговор супружеской пары, которая собирается посетить другую такую же пару (случай 20).

Этот отрывок показывает некоторые правила, которые выработала данная семья. Во-первых, именно муж, вопреки своим заявлениям о том, что он не может ставить себя на первое место, контролирует жизнь семьи. Жена, конечно, может выражать неудовлетворенность внешним видом мужа (в данной семье ей это позволено), но только он решает, как потратить деньги. Совершенно очевидно, что он не собирается поступить так, как советует жена, и она ничего не может с этим сделать, так как он — «добродетельный человек» и «жертвует собой ради детей». По-видимому, в семье уже не первый раз возникает ситуация, когда голос жены не услышан, однако не предпринимается никаких попыток как-то изменить существующее положение. Перед нами устойчивый способ поведения членов данной семьи (правило).

Иногда такие семейные правила сформулированы и провозглашены в семье явно: «Дети не должны перебивать взрослых», «Родители устанавливают время, когда дети должны идти спать», «Отец выбирает, какие программы смотреть вечером» и т. д. и т. п. Часть правил известна членам семьи, хоть и не провозглашается открыто: «Если есть проблемы, лучше поговорить с отцом», «Тема алкоголизма матери — запретная». Наконец, немалая их часть не осознается членами семьи.

Случай 22

ПРИМЕР КРУГОВОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ (DON JACKSON, 1971)

Маленькая девочка просит мать сходить и купить ей пряник. Мать говорит: нет! Девочка настаивает. Мать начинает сердиться. Девочка продолжает настаивать. Мать в гневе кричит на нее. У ребенка начинается все нарастающая истерика. Крик становится невыносимым. Наконец мать уступает: «Хорошо, куплю, только замолчи».

Они всегда поступают определенным образом, даже не задумываясь о том, что можно было бы поступить иначе.

Все эти правила взаимосвязаны и в совокупности образуют систему семейных взаимоотношений.

Семейные последовательности

Устойчивые способы поведения («правила», по Д. Джексону) одних членов семьи нередко тесно связаны с правилами других; те в свою очередь оказываются связаны с третьими, четвертыми и т. д. Последовательность правил может иметь форму «цепочки» (какое-то устойчивое поведение одного члена семьи вызывает столь же устойчивое поведение второго, на которое реагирует третий и т. д.). Однако последовательность может иметь и любую другую форму, например круга: обычное поведение одного вызывает столь же обычную реакцию второго, которая в свою очередь вызывает опять же обычную контрреакцию первого и т. д.) (случай 22). Нередко последовательности охватывают значительное количество устойчивых видов поведения в семье, бывают весьма длительными. Пример таких последовательностей можно увидеть, наблюдая за повседневной жизнью семьи (случай 21).

Следует подчеркнуть, что звеньями последовательности являются не только видимые поступки, но и возникающие обычно чувства, мысли и т. д. То, что девочка рассердилась (случай 22), и то, что мать почувствовала себя утомленной (см. случай 23), — это важные звенья указанных последовательностей.

Выявление последовательностей

Весьма важную роль в семейной психотерапии играет выявление и изучение последовательностей в жизни каждой семьи — психотерапевта более всего интересует устойчивое, повторяющееся в ее жизни. Неудивительно, что современная семейная психотерапия накопила большой опыт выявления таких последовательностей.

Главную роль при этом играют наблюдения за реальным поведением семьи. Дав семье какое-то задание и наблюдая за процессом его выполнения, психотерапевт видит, как реально происходит взаимодействие. Увиденное может во многом отличаться от того, что члены семьи говорят и думают о себе. Опытные психотерапевты умело используют такие задания для наблюдения над семьей.

Важнейшими следствиями технической революции стало применение «зеркальных стен» и видеокамеры как неотъемлемой принадлежности семейной психотерапии, в частности для выявления «семейных последовательностей».

«Односторонне прозрачные зеркала» дали нескольким психотерапевтам возможность одновременно наблюдать за семьей. При этом как диагноз, так и выбор методов психотерапевтической коррекции нередко в большей мере определяется специалистами за зеркалом, нежели тем психотерапевтом, который непосредст-

Случай 23

ПРИМЕР ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ — ЦЕПОЧКА СОБЫТИЙ, МНОГОКРАТНО ПОВТОРЯЮЩИХСЯ В СЕМЬЕ МИСТЕРА ДЖ. (NICHOLS, 1984, p. 316–317)

Утром м-р Дж. предпринял попытку сексуального сближения со своей женой, но она, уже усталая от утренних хлопот с детьми, повернулась на другой бок и уснула. М-р Дж. почувствовал себя обиженным и ушел на работу, предварительно сделав пару язвительных замечаний. Жена, в свою очередь чувствуя себя обиженной, из-за плохого настроения никак не могла приняться за хозяйство и провела утро, играя с детьми. К тому моменту, когда надо было варить ужин, она чувствовала себя очень усталой. М-р Дж. вернулся домой после трудного дня, попробовал примириться, обнять ее. Она еле отвечала, так как была очень занята приготовлением еды. Она возилась у плиты, а муж и дети каждый со своей стороны пытались завладеть ее вниманием. Наконец она не выдержала и взорвалась: «Ты что, не видишь, что я занята?!» Мрачный муж ушел в свою комнату и там ждал ужина. Как обычно, он вымещал свое недовольство женой на детях: за ужином ворчал на них по любому поводу. Они начали хныкать и обращаться за защитой к матери. Та посадила одного на колено, другого погладила по головке.

венно общается с семьей. Группы таких наблюдателей, как правило, участвуют в семейных сеансах. Это особенно характерно для представителей структурной и стратегической школ (Nichols, 1984, p. 552).

Применение видеокамеры дает особенно ценную возможность многократного просмотра, так как удается заметить последовательности, ускользнувшие от внимания психотерапевта во время непосредственного наблюдения. Не менее важна возможность при повторном просмотре отличить субъективное впечатление психотерапевта от реальности — различить, что действительно имело место, а что лишь показалось психотерапевту.

Наконец, уникальную возможность наблюдения создает разработанная С. Минухиным техника присоединения к семье — когда психотерапевт просто живет с семьей и имеет возможность видеть семью в ее повседневной жизни.

В основе выявления последовательностей в ходе изучения семьи лежит процесс выдвижения предположений, их проверка и выдвижение новых.

Источники устойчивости семейных последовательностей

Семейный гомеостаз как источник устойчивости. Семейные правила и состоящая из них семейная система устойчивы. Д. Джексон утверждает, что это связано прежде всего с тем, что семья так или иначе замечает отклонения своей жизни от устойчивых правил и реагирует на них.

Принцип и схема подобных реакций также описываются теорией систем: это гомеостаз, который является основным принципом действия самоуправляемых систем, — система поддерживает свое состояние за счет того, что фиксирует отклонение от него и совершает действия, которые способствуют возвращению системы в обычное состояние. Классическими примерами таких систем являются кондиционер и автопилот. Механизм, фиксирующий отклонение и возвращающий систему в нормальное состояние, называется механизмом обратной связи.

Рассматривая взаимоотношения членов семьи, мы видим последовательности (совокупности поступков, слов, чувств), выполняющие те же функции. Рассмотрим, например, такой диалог.

Случай 24

ЗАРОЖДЕНИЕ МЕТОДА «ОДНОСТОРОННЕ-ПРОЗРАЧНОЕ ЗЕРКАЛО». БЕСЕДА С ДЖ. ХЕЙЛИ

Я думаю, что первым, кто применил односторонне-прозрачное зеркало в семейной психотерапии, был Фулвефлер из Беркли. Однажды я зашел к нему, чтобы поговорить о чем-то, и увидел у него такое зеркало — через него он наблюдал за психологами, которые учились тестировать... Когда надо было, он входил, делал замечание и выходил. В 1957 г., когда я впервые увидел его работу с таким зеркалом, метод уже был хорошо отработан. Фулвефлер очень любил его, так как он давал ему возможность не только наблюдать за тем, что происходило в комнате, но и обсуждать это с кем-то другим. Часто он выходил в комнату за зеркалом, пил кофе, говорил о семье, входил в комнату, где шла работа с семьей, вмешивался, затем вновь выходил, и мы далее обсуждали вмешательство. Мне кажется, хоть я не вполне уверен в этом, что в проекте Бейтсона односторонне-прозрачное зеркало начало применяться уже после Фулвефлера. Когда мы начали применять зеркало и благодаря ему многое узнали о семейной психотерапии, люди со всего мира начали посещать клинику Бейтсона и переняли этот метод. Тогда зеркало появилось у всех. Но начал работать с ним именно Фулвефлер.

Интервьюер. А как ему пришла в голову идея применить зеркало для работы с семьей?

Хейли. Он рассказывал мне, что первая семья, которую он наблюдал таким образом, обратилась к нему по поводу дочери 16 лет, которая сбежала из дома и в конце концов была найдена в компании бродяг. Ее направили на тестирование, но оказалось, что с ней все в порядке... Через несколько месяцев все повторилось. Фулвефлер опять протестировал ее, и опять все было в пределах нормы. Это было загадкой для него как для психолога. Впервые он заинтересовался тем, какова же семейная ситуация девушки и нет ли чего-то, что заставляет ее убегать из дома. Когда девушка во второй раз пришла на тестирование, пришли и ее родители, которые не видели ее шесть недель. Фулвефлер устроил их визит в комнате с односторонним зеркалом. Он ввел туда девушку, потом туда зашли родители.

Родители сказали ей: «Привет, детка...»

Она ответила: «Привет...»

Мама спросила: «Как дела?»

Она ответила: «В порядке».

Мама спросила: «Какой здесь народ? Хватает ли сигарет?»

Фулвефлер пришел в ярость — он парень горячий. Он постучал в дверь, попросил отца выйти на минуту и спросил у него: «Вы любите вашу дочь?»

Отец ответил: «Конечно».

Тогда Фулвефлер сказал: «Так зайдите и скажите ей об этом».

Отец зашел и, набравшись храбрости, сказал дочери, что любит ее. Девушка заплакала.

Мать тоже заплакала и сказала: «Мы так переживали из-за тебя».

Тут и отец заплакал. Это была очень эмоциональная сцена.

Фулвефлер был настолько доволен результатом, что предложил им прийти и на следующей неделе. Потом он начал встречаться с этой семьей регулярно...

Один из супругов. Мне неприятно то, что ты вчера сказал. Скажи, что ты имел в виду? Ты меня по-прежнему любишь?

Другой. Извини! Я просто погорячился. Конечно, люблю!

Очевидны все основные моменты обратной связи. Появилось отклонение от обычных взаимоотношений, которое поставило их под угрозу. Оно замечено одним из членов семьи. Второй исправляет его, приводит все в норму.

Механизмы обратной связи действуют в самых различных областях жизни семьи. Мы уже говорили о том, что повседневная жизнь семьи, как правило, уходит из сознания, становится чем-то неосознаваемым для самих ее членов. Однако, как только происходит что-то новое, необычное, непривычное (например, изме-

няется поведение супруга), мы сразу сосредоточиваем на нем свое внимание, задаем себе вопрос: что случилось, что надо сделать, чтобы вернуть все в норму? Нарушение механизмов обратной связи, естественно, приводит к нестабильности семьи.

Круговые последовательности как источник устойчивости. Важный источник устойчивости выявил и исследовал Дж. Хейли. Речь идет о совокупности негативных явлений, образующих как бы замкнутый круг и последовательно обусловливающих друг друга. В этом случае звенья последовательности не просто часто повторяются и не только обусловливают друг друга — последнее звено в этом случае замкнуто с первым: конец цепи является одновременно ее началом.

Пример такой негативной круговой последовательности описан выше (случай 22). Фактически перед нами также своеобразный механизм гомеостаза, так как каждое последующее событие является реакцией на неблагополучное состояние предыдущего. Именно такова последовательность реакций отца и матери на нарушения в поведении подростка.

Психологическое значение устойчивости семейных отношений

Устойчивость, повторяемость есть основа основ семейных взаимоотношений. Она важна в первую очередь психологически: «родной дом» — это прежде всего место, где все знакомо, и поэтому там можно расслабиться. Семья противостоит социальному окружению, изменчивому и нередко полному опасностей: «Мой дом — моя крепость» (и не только в Англии). Семья повсеместно ассоциируется с надежной гаванью, приютом.

Устойчивость семейной структуры важна еще и потому, что благодаря ей поведение других членов семьи предсказуемо — каждый в семье знает, как поведут себя остальные в той или иной ситуации, каков будет ответ на те или иные слова и поступки. Благодаря устойчивости семейных отношений каждый может приспособиться к семье, привыкнуть к тем или иным ее особенностям и неудобствам, поэтому именно в семье особенно эффективно действует механизм «стерпится — слюбится». Наконец, устойчивость семейных взаимоотношений — весьма важное условие свободы, самостоятельности, инициативы членов семьи (как это ни парадоксально звучит). Члены семьи могут смело экспериментировать, пробовать, что-то менять в своей жизни, ибо знают, что это не угрожает самому главному и устойчивому в их взаимоотношениях.

Неудивительно, что одна из основных задач как самой семьи, так и семейной психотерапии — обеспечение устойчивости семьи, что достигается прежде всего выявлением и укреплением механизмов, которыми семья обеспечивает свою устойчивость.

Устойчивость семейных взаимоотношений и личность члена семьи

В силу своей устойчивости семейные отношения относительно независимы от личностей ее членов.

Семья всегда не полностью соответствует желаниям индивида — прежде всего потому, что она устойчива и не может меняться так быстро, как меняются его же-

ления. В этом смысле можно говорить о противоречии, даже о конфликте между семьей в целом и индивидом — между семьей как совокупностью устойчивых, взаимосвязанных способов поведения ее членов и изменившимися потребностями индивида (и следующим из них желанием, чтобы семья трансформировалась).

Это противоречие может быть настолько сильным, что ставит семью перед необходимостью изменить свои правила. Дети вырастают и усиливают давление на семью: многие подростки хотят сами выбирать себе друзей и способ проведения досуга, они возвращаются домой поздно ночью или не возвращаются вообще, слушают такую музыку, которая вызывает возмущение родителей, высказывают критические замечания о личности и жизни родителей, хотят иметь право голоса при обсуждении семейного бюджета и т. д. Муж может иметь внебрачную связь и прямо или косвенно добиваться терпимости семьи к этой связи. Механизмы, удерживающие семью в определенных рамках, в этих ситуациях оказываются источниками сопротивления изменениям.

Таким образом, роль устойчивости в жизни семьи двойственна: с одной стороны, она необходима и важна, однако она же может стать источником нарушений в семье, тормозом ее развития. В этом случае говорят о ригидности семьи. Сопротивление семьи необходимым изменениям рассматривается представителями разных направлений семейной психотерапии как важнейший патогенный фактор. Ригидная семья (семья с жесткой неизменчивой структурой) рассматривается как патогенная (Goldenberg I., Goldenberg H., 1985). Соответственно выявление, изучение и нейтрализация механизмов сопротивления изменению рассматривается как важнейшая задача семейной психотерапии, причем в центре внимания оказываются самые различные источники сопротивления — в зависимости от школы, к которой принадлежит исследователь.

Теории коммуникации связывают ригидность семьи с нарушениями процесса коммуникации («резиновая ограда», «псевдовзаимность», «мистификация»). Представители стратегической школы видят причину ригидности семьи в том, что набор решений, с помощью которых она пытается справиться с новыми проблемами, слишком мал. Бихевиористы связывают сопротивление семьи изменению устойчивых способов своего поведения с тем, что у нее есть косвенное и не сразу заметное мотивационное подкрепление этих способов. Психоаналитики и представители экспериментальной школы видят причину в том, что члены семьи на предшествующих стадиях своего личностного развития не справились с решением какого-либо личностного конфликта; что сопротивление изменениям является на самом деле сопротивлением членов семьи своему же личностному развитию. Некоторые психотерапевты связывают ригидность семьи с нарушением «граничных сфер» внутри семьи (Nichols, 1984).

Проявления и последствия сопротивления семьи необходимым изменениям могут оказаться весьма различными: подавление индивидуальных особенностей индивида (ему приходится отказаться от индивидуальных желаний в пользу устойчивости семьи), семейный конфликт в этом случае превращается во внутриличностный конфликт члена семьи, за счет которого сохраняется стабильность семьи. Другой вариант развития конфликта — «восстание» члена семьи, его отказ подчиниться семейным правилам (подросток перестает слушаться родителей, муж перестает считаться с семьей). Наконец, могут подключиться механизмы реинтеграции семьи.

Так или иначе, во всех этих случаях в центре внимания оказывается вопрос о том, где источник нарушения — в семье (и тогда ее сопротивление изменениям есть ригидность и должна быть преодолена) или в личности (и тогда устойчивость семьи — положительное явление и именно член семьи должен приспособиться).

Подход к проблеме «семья — личность» в рамках разных школ семейной психотерапии

В настоящее время основные школы семейной психотерапии весьма по-разному понимают соотношения личности и семьи. Пожалуй, наиболее популярным и современным является представление, что именно семейные отношения (а не личности отдельных членов семьи) должны быть в центре внимания семейного психотерапевта. Психотерапевты видят основное достижение современной семейной психотерапии и основу ее самостоятельности именно в том, что в ходе развития семейной психотерапии найдены «чисто семейные» механизмы психических нарушений (Nichols, 1984). С их точки зрения, обследование отдельного члена семьи, выявление его индивидуальных особенностей мало что дает для понимания его поведения в семье, определяющегося в первую очередь устойчивыми способами поведения (правилами) данной семьи, сложившимися под влиянием многообразных обстоятельств.

С. Минухин, один из наиболее убежденных сторонников такой точки зрения, не без юмора говорит, что в основе противоположного подхода оказывается «героическая модель личности», т. е. представление о личности, которая возвышается над обстоятельствами, способна проявить свою индивидуальность вопреки им. По его мнению, при всей своей привлекательности такая личность, однако, является скорее исключением, чем правилом. Противоположный подход характерен для психотерапевтов психоаналитического и бихевиористского направлений. Они считают, что источник семейного нарушения все-таки локализован в личности одного из членов семьи. Этим источником может быть нерешенный внутренний конфликт (при психоаналитическом подходе), неэффективная поведенческая или эмоциональная реакция (при бихевиористском). Разумеется, семейные факторы могут играть важную роль в этиологии нарушения, а участие семьи бывает чрезвычайно полезно в его коррекции, однако это не меняет сути дела — локализации нарушений именно в личности. Если в семье имеются нарушения процесса коммуникации, то сторонники этой точки зрения спрашивают: какие особенности личности членов семьи не позволили им наладить эффективного общения между собой? Если два члена семьи пытаются решить свой конфликт за счет третьего (навязывая ему патологизирующую роль, например «козла отпущения»), то можно задать вопрос: какие личностные особенности помешали этим двум членам семьи решить свой конфликт более рациональным путем?

Семейные противоречия и их решение как механизм интеграции семьи

Мы исходим из положения, что важным фактором интеграции семьи и согласования ее развития с развитием личностей ее членов (их взаимной адаптации) являются устойчивые противоречия между ними. Именно здесь необходимо искать объяснения многому из того, что происходит в семье.

Рассматривая механизмы интеграции семьи, будем иметь в виду, что как семья, так и личность являются самостоятельными объектами. Член семьи — не ее «подсистема», но индивидуальность со своей историей и динамикой развития, чья жизнь не сводится к участию в семейной жизни и чье личностное развитие лишь отчасти зависит от развития других членов семьи и семьи в целом. С другой стороны, семья есть также самостоятельно развивающаяся система, функционирующая по своим законам, действительно во многом не зависящим от психологических и других особенностей членов семьи.

В семье не в меньшей, а пожалуй, и в большей степени, чем во многих других сферах жизни, сказав «а», приходится потом говорить и «б», и «в», и «г» и все остальные буквы алфавита. Решив обзавестись детьми, члены семьи одновременно, независимо от своего желания, соглашаются на бессонные ночи, ограниченный бюджет, переживания, связанные с заболеваниями детей, резкое ограничение в возможности завести другую семью, конфликты по поводу методов воспитания и т. д. Решив не иметь детей, они с такой же неизбежностью выбирают пустоту в жизни, тоскливое чувство при виде счастливых многодетных семей, одинокую старость. Все эти последствия действительно не зависят от личностей членов семьи, но возникают как следствие их выбора. Именно эту особенность семейных отношений имел в виду Сократ, когда в ответ на просьбу ученика посоветовать, какое решение семейной проблемы предпочесть, ответил: «Мой молодой друг, я не знаю, что лучше, только одно я знаю твердо — как бы ты ни поступил, ты все равно пожалеешь».

Итак, развитие члена семьи и семьи в целом — это процессы независимые, и противоречия между ними совершенно естественны. Они могут возникать ежедневно и ежечасно, в материальных и эмоциональных взаимоотношениях, в важных и второстепенных делах, причем это происходит не по вине семьи или ее отдельных членов, а в силу того, что все они — живые, развивающиеся организмы, со своей индивидуальностью, со своей логикой развития, тысячей нитей связанные с окружающим миром. Насколько естественны противоречия между семьей и личностью, настолько же естественна и каждодневная необходимость разрешать эти противоречия. В соответствии с весьма распространенной точкой зрения, желаемой нормой семейной жизни является «тишь да гладь» — стабильная семья с хорошими отношениями и удовлетворенностью всех ее членов. В действительности семейной нормой является как раз ситуация, когда индивид не вполне доволен своей семьей, постоянно сталкивается с тем, что та или иная сторона жизни семьи его не устраивает, когда между членами семьи имеются разногласия, а стабильность семьи находится под постоянной угрозой. В такой семье ее член постоянно стоит перед выбором: притерпеться к этой не устраивающей его особенности семьи (например, в случае внебрачной связи мужа жена может делать вид, что ни о чем не догадывается), отвергнуть (например, устраниться от участия в воспитании трудного ребенка) или, наконец, осуществить реинтеграцию (так изменить свою роль и место в семье, чтобы объединить свои потребности и структуру семьи). Семья, в которой «тишь да гладь», — не норма, а скорее отклонение. Это просто непритязательная семья, члены которой постоянно выбирают первое решение — притерпеться, отказаться от удовлетворения личных потребностей в пользу сохранения стабильности семьи. Непритязательность такой семьи — не мудрость, а слабость.

Соответственно, в центре внимания семейной психотерапии должно быть противоречие между личностью и семьей и методы, с помощью которых семья его разрешает. Основой оценки функционирования семьи оказывается не общая или индивидуальная удовлетворенность, не отсутствие конфликтов, не наличие или отсутствие тех или иных трудностей в ее функционировании, а эффективность семейных механизмов интеграции семьи и личности, а из этого следует, что наиболее важным для характеристики семьи является то, как семья ведет себя перед лицом проблемы, столкнувшись с трудностью, с необходимостью перестроить свою жизнь и свои отношения.

То, что противоречия между семьей и индивидом ставятся в центр рассмотрения, не является для семейной психотерапии чем-то совершенно новым и оригинальным. Подобный подход развил еще Натан Аккерман, который говорил о двух типах конфликтов — внутрисемейном и внутриличностном — и о соотношении между ними (Ackerman, 1970b).

Основные типы решения семейных проблем (реинтегрирующие и дезинтегрирующие решения)

Семейной проблемой называется ситуация, в которой семье необходимо принять определенное решение, и принятие этого решения или его исполнение сталкивается со значительной для данной семьи трудностью. Например, бюджет семьи не является семейной проблемой, если денег много, а потребностей мало, но в том случае, если наоборот, — проблема, безусловно, существует. Воспитание ребенка — не проблема, если родители имеют дело с послушным, способным, горячо любящим их ребенком, однако если их ребенок лишен этих качеств, проблема оказывается достаточно сложной.

Мы разграничиваем два типа решения семейных проблем. Такое решение, которое обеспечило достаточно высокую степень интеграции потребностей индивида с его семьей на основе реструктурирования его позиции в семье, мы будем называть реинтегрирующим. Если борьба мужа и жены за лидерство привела к семейной структуре типа «муж — голова, а жена — шея», в которой каждый получил то, что хотел: муж — престиж главы семьи, а жена — возможность реально влиять на ход событий, то перед нами именно реинтегрирующее решение. До того как указанная проблема была решена, супругов объединяли их чувства друг к другу, а проблема разделяла их. После решения их объединяют и чувства, и решенная проблема, а точнее — то, что возникло в результате решения. У каждого из них появились новые мотивы, интегрирующие их с семьей. У него — мужская гордость, основанная на том, что он — настоящий мужчина, глава семьи. У нее — радость, что она может устроить семейную жизнь так, как хочет. В результате устойчивость семьи, ее способность противостоять различным трудностям увеличилась. Решение данной проблемы породило определенные устойчивые способы поведения (правила). Все важные решения в этой семье теперь принимаются в результате определенной последовательности поступков: жена видит проблему, выбирает решение и представляет как саму проблему, так и возможные варианты на рассмотрение мужу (при этом излагая все так, чтобы муж выбрал нужный ей вариант). Он совершает весь ритуал «Глава семьи, принимающий важное решение» и делает так, как нужно жене. Оба остаются довольны. В результате поле се-

мейных отношений увеличилось. Появились новые семейные процедуры и правила. Они обеспечили большую интеграцию каждого супруга с семьей. Решенные подобным образом семейные проблемы являются «узелками», из которых состоит ткань семейных отношений. Чем больше таких проблем решила семья, тем больше таких «узелков» и тем выше ее прочность.

Дезинтегрирующими мы будем называть любые другие решения. Это может быть следующее.

1. *Отказ от решения* (*дезинтегрирующее — конфликтное*). Супруги могут предпочесть дальнейшую борьбу за лидерство в семье. В этом случае появляется еще одна семейная история «о кошке и собаке». Когда такое поведение постоянно, то основа житейской мудрости каждого супруга — бдительность и стремление «не оказаться в дураках», а сталкиваясь с любой новой проблемой, они прежде всего выясняют, за чей счет она будет решена.
2. *Взаимная уступка* (*дезинтегрирующее — конформистское*). Каждый из супругов до какой-то степени умеряет свои притязания на лидерство. В этом случае появляется два отчасти довольных, а отчасти недовольных члена семьи. Каждый получает только половину того, что ему нужно. Если для семьи характерны такие решения, то основа их житейской мудрости — непритязательность и взаимная уступчивость. Вот их характерное рассуждение: «Что такое семейная жизнь? В чем-то я уступлю, в чем-то жена. Результат — тот, что надо: семейное согласие».
3. *Отказ одного из супругов от притязаний на лидерство* (*дезинтегрирующее — ретритистское*). Это решение удовлетворяет другого супруга, однако он оказывается перед новой проблемой: «что дать взамен» второму члену семьи, который вынужден подавить свое стремление к лидерству и, конечно, недоволен. А если семья всегда решает проблемы таким образом, то основа семейной философии одного члена семьи — безграничное самопожертвование, а другого — вера в то, что одним своим присутствием в семье он уже делает всех счастливыми.
4. *Прямая дезинтеграция*. Никто из супругов не подчиняется другому. Каждый ведет себя так, как считает нужным. Семья в какой-то мере дезинтегрируется. Супруги не связывают друг друга, поддерживают только те взаимоотношения, которые не осложняются указанной проблемой. Основа жизненной философии в этом случае — вера в то, что важнее всего личная свобода и что ничто, в том числе и семья, не должно ее ограничивать.

Все эти решения ослабляют интеграцию семьи. Дезинтегрирующие решения — это прежде всего отказ от попытки найти решение реинтегрирующее, в этом смысле все они — псевдорешения. Интеграция семьи прежде всего зависит от ее склонности искать и умения найти реинтегрирующее решение.

Следует сразу отметить, что для поиска реинтегрирующих решений требуются одни качества, а для дезинтегрирующих — совершенно другие. Супруги могут выбрать дальнейшую борьбу, если обладают соответствующими «бойцовскими» качествами (способность выдерживать длительный конфликт, настойчивость в своих требованиях, вера в успех). Для выбора второго решения — взаимной уступки — нужна достаточная непритязательность (в данном случае — способность обойтись без полного удовлетворения желаний). В случае прямой дезинтеграции

супругам легче, если они могут вообще обходиться друг без друга, не слишком нуждаются в полнокровной семейной жизни.

Для того чтобы найти реинтегрирующее решение, требуется целая совокупность качеств. Рассмотрим их.

Психологические механизмы семейного решения

Психология принятия решений является одной из самых развитых отраслей психологии. Имеющиеся выводы в немалой мере основаны на результатах строгих экспериментальных процедур, многие из них сформулированы в виде четких формальноматематических моделей. Большая часть исследований посвящена групповому принятию решений. В результате мы немало знаем о необходимых предпосылках эффективного принятия решений группой и о факторах, от которых оно зависит. Семья, имеющая дело с проблемой, — это малая группа, решающая проблему. Естественно, что при принятии ею решения происходят те же процессы, что и в любом небольшом коллективе.

Установка на проблему. Как отдельные члены семьи и семья в целом отнесутся к проблемной ситуации? Здесь речь идет в первую очередь о том, понимают ли они, что перед ними именно проблема. Неспособность опознать проблемную ситуацию — явление довольно распространенное в семейной жизни.

Зять, столкнувшись с придирками тещи, может огорчаться, сердиться, также придираться или упрекать, однако ему не приходит в голову спокойно и последовательно обдумать ситуацию и попробовать найти способы ее изменения. Иными словами, он воспринимает ситуацию только как неудовлетворительную, но не как проблемную. В результате он не делает того, что делает обычно, пытаясь решить какую-то с проблему: уточнить ее (например, понять, какого именно поведения он хотел бы от тещи), собрать информацию, которая могла бы оказаться полезной для ее решения (например, о характере тещи, ее увлечениях, слабостях и т. д.), попытаться придумать варианты решения проблемы и т. д. Когда он пытается установить, где в его машине неполадка и как ее устранить (проблемное отношение), его поведение принципиально отличается от того, что он делает, столкнувшись с трудностью в своих семейных отношениях, — достаточно бездумно пытается применить известные ему варианты поведения и, если это не дает желаемого эффекта, решает, что ничего нельзя сделать (по нашей типологии — дезинтегративное ретритистское решение).

Рассмотрим случай из практики (случай 25).

Это высказывание — яркий пример «непроблемного» отношения к проблеме. На протяжении 10 лет Галина В. живет по этому постоянно повторяющемуся сценарию. Она постоянно сталкивается с двумя проблемами — с неумением общаться друг с другом и с неспособностью обойтись друг без друга. И все это время она реагирует все теми же нехитрыми способами: «разойдемся навсегда» и «попробуем еще раз, а вдруг на этот раз все будет иначе», не пытаясь задуматься, что можно изменить в их жизни, чтобы на этот раз было иначе (уточнение проблемы), не пытаясь глубже понять суть и подоплеку их вечных ссор (сбор информации о проблеме) или продумать разные варианты того, как можно иначе строить отношения с мужем (выдвижение версий) и испытать их (мысленный или реальный эксперимент). Коротко говоря, ее поведение по отношению к про-

Случай 25

НЕПРОБЛЕМНОЕ ОТНОШЕНИЕ К ПРОБЛЕМЕ

Галина В. 35 лет. Замужем 12 лет, растит двоих детей.

Живем уже больше 10 лет, но жизнь все как-то не складывается. У обоих сильные характеры. Он не уступает, и я не уступаю. Все идет по одному и тому же сценарию. Ругаемся, все больше злимся друг на друга, в конце концов разругиваемся окончательно, расходимся, и я думаю, что на этот раз — навсегда. Через какое-то время начинаем скучать друг без друга. Встречаемся раз-другой. Говорим: давай попробуем все сначала. И опять я думаю: а может, на этот раз будет иначе?

блеме не является конструктивным. Она даже не догадывается, что эта, основная в ее жизни трудность одновременно является проблемой.

Наши наблюдения показывают, что «проблемная агнозия» (ситуация, когда семья имеет дело с проблемой и в то же время не распознает ее) — чрезвычайно распространенное явление. Психотерапевт очень часто имеет дело с ситуацией, когда семья, имеющая дело с трудностью, воспринимает ее не как проблему, но как трудность, на которую надо реагировать уже известным образом, а если это не помогает, то или притерпеться, или бежать от нее.

Представителями экспериментальной школы семейной психотерапии отсутствие активного, творческого отношения к проблеме рассматривается как один из важнейших источников нарушения семейных отношений. Они видят решение многих семейных проблем в формировании такого отношения индивида к своей семье и к устоявшимся, сложившимся в ней отношениям. Суть психотерапевтической работы в данном случае — это формирование «проблемного» отношения членов семьи к их проблемам, когда члены семьи всячески побуждаются посмотреть на все заново, «новыми глазами»; и «игрового» отношения к серьезным проблемам, особенно на этапе их решения. Установка на проблему, на активное отношение к ней является важнейшим результатом их деятельности.

Информационное обеспечение решения проблемы. Это вторая стадия решения проблемы. Психологические исследования показывают зависимость успешности решения проблемы от того, насколько конкретно члены семьи представляют себе проблему, с которой они столкнулись, каково их представление о своей семье и есть ли проблемы внутрисемейной коммуникации. Именно эти аспекты выдвигают на первый план психотерапевты коммуникационной школы. Действительно, мы видим, что улучшение взаимопонимания между членами семьи (ликвидация коммуникационного дефицита) каждый раз оказывается значительным шагом на пути решения семейной проблемы, так как дает возможность яснее и точнее увидеть проблемную ситуацию и в особенности то, как она видится другим членам семьи, что, в свою очередь, помогает вернее оценить ее и обнаружить новые возможности решения.

С другой стороны, рассмотрение коммуникационных проблем семьи показало, что барьеры коммуникации по своей сути являются проявлением иных проблем: искаженное представление супругов друг о друге мешает им понять друг друга, однако оно само является одним из последствий того, что они мало знают друг о друге; конфликтные отношения связаны также с недостатком общения, однако именно недостаточность коммуникационного процесса играет важнейшую роль в этиологии конфликтного отношения.

Сталкиваясь с этим «заколдованным кругом», психотерапевту важно найти самое слабое его звено. Нам представляется, что им является семейная проблема, что следует прежде всего из той центральной роли, которую она играет в интеграции и реинтеграции семьи. Именно семейная проблема является проявлением разницы между тем, какова семья есть и какой она (с точки зрения ее члена) должна быть. Возникновение проблемы ставит повышенные требования к коммуникации в семье. Пока нет проблемы, «не о чем и говорить». Вопросы возникают с появлением проблемы. Если коммуникационные процессы в семье слабы, искажены, дефицитны, но достаточны для решения тех проблем, с которыми сталкивается семья, то нет особой необходимости менять и развивать их: они удовлетворяют семью. Другое дело, если недостатки коммуникационных процессов затрудняют решение семейной проблемы. Еще серьезнее ситуация, если они оказываются важнейшим препятствием к решению этой проблемы.

Именно в семейной проблеме психотерапевт обнаруживает стимул к решению коммуникационных проблем, и она же создает мотивацию, заинтересованность в коррекции процессов коммуникации.

Мотивационное обеспечение решения семейных проблем. Психологические исследования обнаруживают устойчивую связь между способностью индивида или группы решать проблему и их заинтересованностью в ее решении (мотивированностью). Это и понятно: ведь решение любой проблемы прежде всего требует значительного напряжения сил. Кроме того, это умственная деятельность, а многие люди не умеют и не любят думать.

Психологические исследования показывают важность достаточного уровня мотивированности, сложный характер зависимости между силой мотивации и эффективностью. Весьма существенными являются также исследования противоречивой (амбивалентной) мотивации при решении проблем.

Опыт и наблюдения семейных психотерапевтов предоставляют значительный материал и позволяют конкретнее представить, как в семье происходит процесс принятия решения, как складываются такие ситуации, когда члены семьи имеют дело с проблемой, сами того не подозревая, когда они не заинтересованы в ее решении и неосознанно противодействуют ему. Большой набор вариантов такой ситуации мы находим в работах, связанных с понятием «игры», часть их является «семейными играми» (Берн Э., 1966).

Семейные эвристики — стратегии решения семейных проблем и их оценка в процессе решения. Психологические исследования обнаруживают значительную роль эвристических и критических процессов в ходе рассмотрения проблемы, выдвижения и оценки различных путей ее решения (интуитивных предположений о наиболее предпочтительных путях решения проблемы) и в процессе ее решения.

Эвристическая сторона процесса мышления основывается прежде всего на выдвижении предположений, характер которых тесно связан с уже имеющимися у членов семьи «эвристиками» — предположениями о сути проблем такого рода и возможных путях их решения. С одной стороны, они направляют процесс решения проблемы, организуют его, выполняют основную роль в формировании предложений о путях решения проблемы. С другой — они же являются основным источником ограничений, ригидности, неспособности при решении проблемы

выйти за определенные рамки. Другая сторона процесса мышления — это оценка выдвигаемых предположений (критическая деятельность).

Поиск нужного решения осуществляется в процессе взаимодействия этих начал. Оба они нужны, во-первых, для того, чтобы процесс поиска нужного решения не остановился раньше времени. Перевес критического начала приведет к тому, что новые идеи будут подвергнуты уничтожающей критике в момент появления, не получив возможности развиться. В результате эвристический процесс будет остановлен. Во-вторых, продуктивное взаимодействие двух указанных начал нужно для того, чтобы конечное решение было и достаточно эвристичным (творческим, новым, оригинальным), и, с другой стороны, достаточно приземленным, в полной мере учитывающим реалии жизни семьи.

Процесс принятия решений в условиях любой малой группы, в том числе семьи, осуществляется через групповые механизмы и прежде всего через формирование и распределение ролей. Речь идет о тех ролях, которые спонтанно возникают в семье при поиске ею решения самых различных проблем (назовем их «когнитивные роли»).

Это, во-первых, могут быть роли, в которых каждый член семьи представляет какую-то сторону процесса решения проблемы. Семейное обсуждение проблемы нередко разворачивается как дискуссия между «эвристом» — наиболее оптимистически настроенным членом семьи, который верит в то, что проблема имеет решение, и предлагает один за другим самые различные варианты, и «скептиком» (критиком), который видит в основном недостатки предлагаемых решений. В ходе обсуждения самостоятельную роль может играть «стимулятор» (член семьи, наиболее остро ощущающий необходимость найти решение проблемы). Это может быть тот член семьи, которого проблема наиболее сильно затрагивает, или лидер — тот, кто лучше всего понимает ситуацию в семье, принимает близко к сердцу все происходящее. Наконец в ходе решения проблемы постепенно вырисовывается и роль «исполнителя» — того, на кого ляжет основная тяжесть осуществления найденного семьей решения.

Распределение ролей при обсуждении и решении семейных проблем может быть связано и с другими моментами. В частности, с теми «эвристиками», которыми склонны руководствоваться члены семьи. Одни предпочитают смелые решения, другие — осторожные; одни легко идут на значительное изменение жизни семьи, другие — с трудом; одни — теоретики, другие — практики; одни задают вопросы, другие ищут на них ответы и т. д. В процессе обсуждения нередко наблюдается взаимодополняемость семейных ролей. Если один член семьи занимает одну позицию, то другой — противоположную. Результатом оказывается способность семьи к «бинокулярному» отношению к проблеме, т. е. возможность оценить и положительные и отрицательные стороны каждого решения; учесть и стратегические и тактические соображения; проявить достаточно изобретательности, воображения и в то же время не утратить связи с реальностью и т. д.

Как говорилось выше, решение проблемы есть совокупность нескольких видов деятельности (обнаружение и опознание проблемы, формулировка, сбор информации, эвристическая деятельность и т. д.), поэтому распределение ролей между членами семьи, обсуждающими проблему, должно быть таково, чтобы все виды деятельности кем-то выполнялись. Важно и взаимоотношение между ними: ни одна не должна вытеснять другую, напротив, каждая из них должна создавать

условия для другой, стимулировать ее. Следовательно, каждый член семьи, какую бы роль он ни играл при обсуждении семейной проблемы, должен иметь ясное представление о решении проблемы в целом и о своей роли в нем.

Наблюдая за семьей, эффективно решающей проблему, мы видим, как члены семьи быстро находят свое место в обсуждении, как каждое предложение, вопрос, критическое замечание позволяет им лучше представить себе проблему, больше узнать о ней, стимулирует их к выдвижению предложений и их обсуждению. При этом основной стимулирующий мотив — это желание продвинуть проблему вперед, к ее решению. Можно говорить о том, что процесс принятия семьей решений предъявляет к ней определенные требования. Если обсуждение проблемы в семье проходит в соответствии с ними, то оно оказывается эффективным. Иными словами, процесс принятия семейного решения имеет свою технологию, соблюдение или несоблюдение которой сказывается на его результате. Совокупность требований, которые этот процесс предъявляет семье, можно обобщить так: необходимо, чтобы в ходе решения проблемы именно она управляла поведением семьи. Это означает, что и распределение когнитивных ролей, и взаимоотношения в процессе решения должны определяться прежде всего «интересами дела», т. е. быть такими, которые более всего содействуют решению. Даже если член семьи имеет самый низкий статус в семье, он должен получить самый высокий при решении определенной проблемы, если это будет способствовать ее решению. Когнитивные роли должны быть независимы от основных ролей индивида в семье и полностью определяться интересами решения проблемы. При решении семейной проблемы может появиться необходимость значительного отхода от обычных взаимоотношений в семье — изменение информационных каналов (необходимость интенсивного общения между теми членами семьи, которые обычно этого не делают), структурных связей (интенсивное сотрудничество тех членов семьи, которые в повседневной жизни семьи не сотрудничают) и т. д.

Семейные факторы, осложняющие процесс решения семейных проблем

Отсутствие навыков группового решения проблем. Существует значительное количество всевозможных моментов, искажающих, нарушающих процесс решения семьей ее проблем: неосознаваемые мотивы, неверные постулаты, недостаток эмпатии — это только некоторые примеры. Успешность их разрушающего действия зависит от того, сколь сильны в данной семье навыки эффективного рассмотрения и решения семейных проблем. Если семья в принципе умеет решать проблемы, если у нее есть значительный опыт совместного обсуждения и решения самых различных (возможно, даже весьма далеких от жизни данной семьи) проблем, то она устойчива против упомянутых искажающих факторов. Слабость таких навыков делает семью весьма уязвимой.

Психотерапевт, работающий с семьей и пытающийся побудить ее к решению проблемы, нередко сталкивается с тем, что семья вообще не умеет обсуждать и решать не только семейные, но и любые другие проблемы. Это может быть связано с культурным уровнем семьи, с ее традициями или с традициями социального слоя, к которому она принадлежит, с воспитанием, которое получили члены семьи, и т. д.

Все указанные факторы влияют на способность семьи решать проблемы по крайней мере двумя путями.

1. Отношение к процессу решения проблем: существует очень мало социальных слоев, где поощряется самостоятельность. Значительно чаще в качестве источника правильных решений и жизненной мудрости рассматривается традиция, опыт старших, советы специалистов. Значительное число семей видят источник своих проблем в том, что они в чем-то отклонились от нормального (в их представлении — наиболее распространенного либо наиболее похвального поведения).
2. Все указанные факторы лишают семью возможности учиться решать проблемы, набираться опыта. Между тем семья может эффективно решать проблемы, только если научилась этому. И это умение, как и многие другие, формируется длительной и постоянной практикой: люди лучше всего умеют делать то, что делают каждый день на протяжении длительного времени, — это полностью относится и к умению членов семьи решать проблемы. Никакие, даже самые пламенные, призывы к семье быть «творческой», «раскованной», дать свободу своим «внутренним потенциям» и «саморазвитию» не дадут результата, если семья всего этого не умеет.

Отсюда следуют выводы, важные с точки зрения семейной психотерапии.

Весьма существеннной задачей любой психотерапии является формирование навыков эффективного решения проблем вообще и семейных в частности. Чем лучше члены семьи представляют себе и контролируют ход этого процесса, чем прочнее навыки и больше опыт семейного решения самых различных проблем, тем сильнее сопротивление семьи искажающему воздействию различных факторов. Можно полагать, что последствия этого искажающего воздействия будут не столь велики, если у семьи есть прочные навыки принятия решений. Это делает чрезвычайно перспективной любую деятельность, направленную на обучение семьи решению проблем.

Другие факторы, нарушающие процесс принятия решения семьей. Побочные функции процесса решения проблемы

Выше указывалось, что решение семьей ее проблем бывает успешно, если его ход определяется лишь самой проблемой и стремлением к ее решению. В реальной жизни семьи выполнить это требование нелегко.

1. Решение проблемы является ответственным и престижным занятием в семье. В соответствии с этим может оказаться, что развитие системы когнитивных ролей будет обусловлено уже сложившейся системой ролей. Например, подросток в этих условиях может столкнуться с необходимостью буквально бороться за право голоса даже в тех делах, в которых он действительно разбирается лучше других членов семьи. Этот процесс может быть особенно значим в семьях, где борьба за престиж между членами семьи еще не завершилась. В этом случае борьба за то или иное решение проблемы оказывается лишь частью борьбы за влияние в семье, и важно оказывается не то, какое решение семья приняла и насколько оно хорошо или плохо, а то, чье решение победило.

2. Решение семейной проблемы одновременно является и распределением обязанностей в семье. От того, какое решение будет выбрано, зависит, кому придется приложить больше всего усилий для его выполнения; чье-то положение улучшается, чье-то ухудшается, а чье-то остается без изменений. В соответствии с этим члены семьи обычно бдительно следят за этой стороной дела. Вопросы «А кто будет этим заниматься?» и «Кто от этого выиграет?» никогда не утрачивают своей актуальности и оказываются одними из важнейших при оценке каждого нового варианта. В связи с этим решение любой семейной проблемы всегда имеет дополнительную функцию — переговоров о перераспределении семейных ролей, об изменении сферы влияния, прав и обязанностей.

Состояние семьи. Нарушения информационных, эмоциональных и других процессов в семье и решение семейных проблем. Эффективное решение семейных проблем требует определенной объективности, способности посмотреть на ситуацию со стороны.

Мюррей Боуэн, известный авторитет в области семейной психотерапии, одним из первых наблюдавший процесс решения семьей ее проблем, был поражен тем, насколько нерационально проходит обсуждение наиболее значимых проблем, тех, которые более всего волнуют каждого члена семьи. Семья превращается при этом в недифференцированную эмоциональную массу, происходит нарушение даже имеющихся процессов коммуникации, довлеет принцип спонтанности — «первой реакции на предыдущее высказывание»; теряется та минимальная способность взглянуть на себя со стороны, которая имеется при обсуждении менее важных проблем.

Влияние рассматриваемых искажающих факторов может проявляться самым различным образом. Одно из последствий — это формирование дисфункциональных когнитивных ролей, т. е. таких, которые противодействуют процессу принятия решений.

Интересна классификация Вирджинии Сатир, основанная на клинических наблюдениях (Satir, Stachowiak and Taschman, 1975). Она выделила четыре дисфункциональные ролевые позиции и одну гармоничную, которые члены семьи занимают при обсуждении семейной проблемы. «Миротворец» прилагает все усилия, чтобы смягчить проблему. Он всегда соглашается, извиняется, умиротворяет. «Обвинитель» прежде всего стремится выяснить, кто виноват в возникновении проблемы. «Суперрациональный» всегда остается холодным и независимым. «Бестолковый» мешает и раздражает других. «Гармоничный», напротив, лучше других ориентируется в проблеме, умело общается с другими и выражает аутентично свои мысли и чувства.

Эффективность процесса решения семейных проблем в семье определяется взаимодействием двух сил: с одной стороны, наличием в семье навыков решения самых различных проблем и, с другой — интенсивностью факторов, искажающих, нарушающих этот процесс.

Изучение процесса принятия семьей решений

В процессе психотерапии семья постоянно сталкивается с необходимостью решать различные проблемы. Поэтому психотерапевт постоянно имеет возможность

наблюдать за тем, что происходит в семье, когда она принимается за решение задачи: включается ли вся семья в решение задачи или оно концентрируется в руках одного члена семьи. Он видит, от чего зависит та или иная степень участия членов семьи в решении задачи — только ли от способности семьи справляться с задачами такого типа или главную роль играют моменты, не связанные с содержанием задачи: стремление к престижу, борьба за влияние в семье, ролевые представления («это мужское дело — отвечать на такие вопросы»). Психотерапевт может понять структуру когнитивных ролей, возникающих при решении данной задачи.

Как уже говорилось, оптимальной является такая ситуация, когда тип и характер участия члена семьи в решении задачи определяется в основном его способностями — наличием у него знаний, навыков, квалификации, опыта, необходимых для решения именно этой проблемы. Семья должна уметь гибко формировать систему когнитивных ролей таким образом, чтобы вклад каждого в наибольшей степени способствовал решению задачи. В связи с этим психотерапевт должен выяснить, насколько семья обладает необходимой гибкостью структуры, насколько эта структура определяется уже существующей системой отношений в семье, а насколько — содержанием проблемы, с которой семья сталкивается.

Хотя наблюдения во время психотерапевтического процесса дают определенное представление о том, как в семье решаются проблемы, довольно часто психотерапевты прилагают специальные усилия для более подробного изучения этого вопроса. Для этого они предлагают различные проблемы для обсуждения и ведут наблюдение (нередко с помощью одностороннего зеркала) над тем, как семьи это делают. Так поступал М. Боуэн (Guerin, 1971; Fogarty, 1976). Как правило, уже такие наблюдения показывают, насколько иррационально происходит процесс рассмотрения и решения проблемы. «Вопреки популярному представлению, обсуждение проблемы супругами, как правило, не является спокойным и деловым. Вскоре после начала обсуждения оно обычно принимает абсолютно непродуктивный характер. Супруги начинают бороться за то, чтобы возложить ответственность за решение друг на друга. Вместо переговоров имеют место взаимные атаки» (Nichols M., 1984). Взамен того чтобы поддерживать усилия друг друга, направленные на решение задачи, супруги, напротив, часто подавляют один другого.

Механизмы семейной интеграции

В ходе психологического обследования 26 семей, проходивших семейную психотерапию, мы наблюдали, как каждая семья совместно решала задачи, резко различающиеся по когнитивному содержанию — задачи из различных шкал теста Амтхауэра (например, «Продолжение цифровой последовательности» и задачи на пространственное мышление (мысленное вращение кубика). Кроме того, предлагалось описание необычного поведения некоего человека в семье и требовалось выдвинуть как можно больше возможных объяснений.

Ход обсуждения фиксировался с помощью видеокамеры.

Анализ полученных наблюдений показал, что во всех случаях на протяжении первых же минут обсуждения складывалась система когнитивных ролей:

- «ведущий» брал на себя инициативу в организации обсуждения, стимулировал других членов семьи высказываться и одновременно критиковал неудачные, по его мнению, предложения;

- «помощник» время от времени делал предложения и ожидал оценки от «ведущего»;
- «пассивные участники» предпочитали роли зрителей и нередко весьма критически относились к «помощнику»: воздерживаясь сами от предложений, они достаточно активно поддерживали критические оценки предложений «помощника», которые давал «ведущий»;
- «скептики» (чаще всего подростки) с определенным недоверием относились как к заданию, так и к усилиям семьи, направленным на его решение, были критически настроены не только по отношению к «помощникам», но и к «ведущему».

Структура когнитивных ролей во всех случаях оказывалась, как правило, весьма жесткой, одной и той же при решении любых заданий, несмотря на то, что они резко различались по своему характеру. В особенности это касалось «ведущего»: во всех случаях «ведущим» оставалось одно и то же лицо, причем чаще всего тот член семьи, который был лидером и в реальной жизни семьи.

Разумеется, данное исследование носило пилотажный характер. Оно не дало возможности судить о том, насколько статистически распространенными являются описанные явления, однако продемонстрировало причины того, что многие семьи оказываются не в состоянии решать поставленные перед ними проблемы: происходит слияние когнитивных ролей с общесемейными, что делает процесс выдвижения, обсуждения и решения проблем неэффективным.

Важное наблюдение, которое мы сделали во время исследования, — то, что мы назвали бы «деинтеллектуализация» процесса решения в зависимости от содержания задачи: если она достаточно отвлечена от повседневной жизни, семья действительно решает ее, однако если задача непосредственно касается жизни и повседневных дел семьи, очень часто процесс решения заменяется высказыванием мнения. Например, если ставится задача: найти как можно больше различных причин плохого поведения подростка, выдвигается только одна-две, «а остальные — нереальны». Та же семья, решая подобную задачу на дивергентное мышление (например, назвать возможные причины значительного опоздания поезда), без труда выдвигала 20 и более возможных версий.

Можно предположить, что в таких семьях имеет место своеобразный процесс отключения умственных способностей членов семьи, если речь идет о решении семейных проблем.

Проблемы психологической коррекции процесса принятия решений в семье

Умение выдвигать, обсуждать и разрешать проблемы жизненно необходимо семье.

Семья повседневно сталкивается с тем, что ее будущее зависит от решения самых различных задач, а для этого необходимо, чтобы члены семьи умели использовать свои интеллектуальные ресурсы, объединяя их. Именно семейная проблема является средством интеграции личности и семьи, разрешения противоречий между ними. Отсутствие навыка рационального решения задач приводит к различного рода «псевдорешениям»; всевозможные иррациональные, подсознательные мотивы и установки оказывают влияние на процесс рассмотрения и решения проблемы и ведут к искажениям. Но если психотерапевт предлагает

семье способ решения одной из ее проблем, он тем самым оставляет ее безоружной перед следующей.

В центре внимания семейной психотерапии постепенно оказывалась необходимость научить семью действовать в таких случаях самостоятельно.

Широкий подход к обучению семьи решению семейных проблем был разработан в рамках семейной групповой терапии под руководством Джона Белла (Bell J., 1976, 1983). Главная задача работы Белла — помочь семье менее болезненно решать имеющиеся у нее проблемы: за счет более четкой формулировки целей, конструктивного взаимодействия между членами семьи и гибкого приспособления ролевой структуры к сути решаемой проблемы. Основной формой психотерапевтической деятельности была «семейная конференция», в которой должны были участвовать все члены семьи.

Работа с семьей велась в несколько этапов. Основная задача первого (подготовительного) — уточнить цели, которые семья ставит перед собой в ходе психотерапевтических сессий; пути, какими эти цели будут достигнуты; роль и место психотерапевта и каждого члена группы. Обсуждая с группой проблему — как получить наибольшую пользу от психотерапии, Белл на примере этой проблемы обучал группу конкретно формулировать цели, уточнять методы, учиться их применять на практике. В ходе обсуждения с неизбежностью вступали в действие групповые процессы: борьба за лидерство, межличностные конфликты и т. д. Белл всесторонне использовал все эти явления для того, чтобы семья научилась опознавать их, понимала их искажающую роль в процессе принятия решения и научилась нейтрализовывать их влияние.

Второй этап (основной) состоял в использовании приобретенных навыков для того чтобы уточнить цели семьи и методы их достижения, причем важно было не то, сколь верны будут найденные решения, а дальнейшее развитие способности семьи вести себя рационально в процессе поиска.

Белл уделял особенное внимание участию в работе тех членов семьи, которых обычно отстраняют в силу имеющейся структуры отношений (в первую очередь, детей). Он начинал встречу с семьей с обращения к детям, объясняя им, что взрослые не всегда могут и умеют прислушиваться к их мнению и что теперь все собрались для того, чтобы они, наконец, могли это мнение высказать. Именно с этого начиналась работа с семьей. Только после того, как дети высказывали свои желания и с помощью психотерапевта и других членов семьи находили способ их удовлетворить, обсуждение переходило к высказываниям и проблемам взрослых.

Белл считал задачу психотерапии выполненной, когда видел, что члены семьи научились решать семейные проблемы совместно, что все они проявляют творческий подход, что они могут быстро пересматривать свои отношения перед лицом новых задач.

На протяжении всего процесса психотерапии Белл настойчиво подчеркивал, что любые семейные проблемы должна решать вся семья, а не отдельные ее члены. В связи с этим он решительно отказывался проводить занятия, если хоть один член семьи отсутствовал: никто не может быть исключен из процесса решения семейных проблем, каждый член семьи должен найти в нем свое место.

Способность семьи решать проблемы и реструктурироваться легла в основу ряда схем «типов семей» (рис. 4).

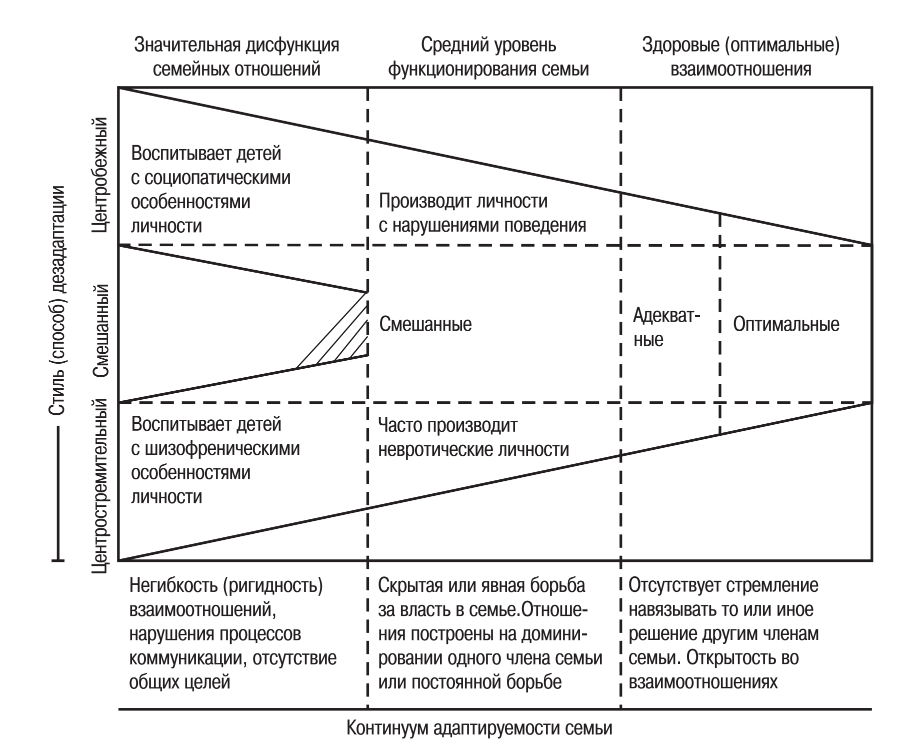


Рис. 4. Типы семей

Тип взаимоотношений в семье в соответствии с данной типологией определяется соотношением двух параметров.

Первый — адаптируемость семьи — ее способность продуктивно решать проблемы (горизонтальная ось — уровень функционирования). Второй — это тип непродуктивного поведения в случае, если семья неспособна решить проблему продуктивно (вертикальная ось — стиль дезадаптации). Тут поведение семьи располагается на континууме, соединяющем два типа непродуктивных решений — центробежное и центростремительное.

В первом случае члены семьи реагируют на нерешенную проблему «центробежно» — ослабляют интеграцию с семьей, стараются стать возможно более независимыми (прямая дезинтеграция — см. выше). Во втором случае («центростремительная реакция») происходит подавление личности ради стабильности семьи («ретретистская реакция). В каждом случае наблюдаются различные типы личностных нарушений у детей, воспитываемых в таких семьях. При прямой дезинтеграции семьи возможны нарушения поведения, при ретретистском стиле поведения — нарушения, связанные с внутриличностными конфликтами и другими проблемами невротического и психотического характера.

Каждая успешно решенная семейная проблема совершенствует интеграцию семьи, следствием чего является цепь позитивных изменений в самых разных сферах жизни и взаимоотношений. Рассмотрим основные направления этих изменений.

Социально-психологический механизм «общности судьбы» и интеграция семьи

Механизм «общности судьбы» и семья. Этот механизм семейной интеграции охватывает весьма многочисленные психологические и социально-психологические процессы в семье, в силу которых:

1. У членов семьи формируются представления, навыки, привычки именно семейного, а не индивидуального удовлетворения различных потребностей. В их сознании семейная жизнь представляется наиболее естественным, удобным, привычным способом удовлетворения их материально-бытовых и сексуальных потребностей, потребностей в понимании, уважении, общении и т. д.
2. Укрепление семьи, забота о ее благе — увеличение семейного бюджета, улучшение бытовых условий всей семьи — воспринимается членами такой семьи как самый простой и естественный путь удовлетворения собственных потребностей. Точно так же удовлетворение своих психологических потребностей — в понимании, сочувствии, симпатии — члены семьи связывают с улучшением психологической атмосферы в семье. Ощущение «общности судьбы» у членов семьи как раз и обусловлено тем, что все ее члены и вся семья в целом играют большую роль в удовлетворении потребностей каждого. Забота о семье в целом воспринимается как забота и о себе.
3. Развивается «семейное доверие». Оно проявляется в том, что в такой семье противоречия смягчаются или снимаются за счет взаимных уступок либо добровольной уступки одной из сторон. При этом в основе такой уступки лежит не самопожертвование, а определенный тип доверия. Уступающий уверен, что, во-первых, его уступка будет в конечном счете полезна и ему самому; во-вторых, что в иное время и в другой ситуации аналогично поведут себя и другие члены семьи; в-третьих, что его уступчивостью не злоупотребят, не превратят ее в правило и что она будет воспринята с чувством благодарности. Система взаимоотношений в такой семье в определенной мере напоминает взаимоотношения экипажа судна, находящегося в дальнем плавании, где каждый понимает, что, заботясь о судне и экипаже, он заботится и о себе.

В семьях с подобным механизмом семейной интеграции отношения производят впечатление очень тесных, построенных на большом взаимном доверии. Нередко супруги из таких семей затрудняются ответить на вопрос: любят ли они друг друга — они скорее сжились друг с другом, привыкли полагаться на другого, как на себя. Члены таких семей нередко сами родом из весьма дружных семей с многочисленными и богатыми семейными традициями (семейной самодеятельности, семейных праздников, всеми почитаемых семейных авторитетов). Еще один результат такого стиля взаимоотношений в семье — это высокий уровень взаимной эмпатии. Взаимное доверие порождает откровенность, а она в свою очередь — способность хорошо представлять себе внутренний мир другого. Члены такой семьи, как правило, могут легко и точно предсказывать поступки друг друга в самых различных ситуациях.

Характер взаимоотношений в семьях, где описанный механизм интеграции не развит или нарушен, резко отличается от вышеописанного. Во-первых, в таких

Случай 26

«МЕХАНИЗМ ОБЩНОСТИ СУДЬБЫ». ПРИМЕР ЕГО РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ

Анатолий Ж., 31 года. Наблюдался в психиатрической клинике в связи с попыткой истинного суицида. По профессии слесарь-монтажник. На протяжении 6 лет проживает вместе с Виолеттой Э. (33 лет, журналистка на телевидении). Стиль взаимоотношений в семье характеризуется «взаимной независимостью». К длительным командировкам Виолетты Э. добавляется ее склонность проводить выходные и отпуска раздельно. Семейного бюджета фактически не существует. Когда надо приобрести какую-то вещь, то она приобретается «тем, кому нужнее», либо совместно, на что выделяются какие-то средства. В поддержании такого стиля жизни семьи основную роль играет Виолетта Э. Источник ее «фобии семейственности» — прежде всего опыт родительской семьи. Ее отец ушел от матери, когда Виолетте Э. было 10 лет. Мать тяжело пережила его уход и на протяжении ряда лет часто говорила: «Какой подлец твой отец!» Немалую роль сыграло и «амплуа журналистки». Она много выступала и писала о положении женщины, о неравенстве обязанностей в семье и т. п. Характеризуя свою связь с Анатолием Ж., Виолетта отметила прежде всего «хорошую эмоциональную связь»: «Мне хорошо с ним, а ему со мной. Он умный, начитанный, добрый, спокойный, все понимающий, толковый человек». Значительную роль в сплоченности семьи сыграла хорошая сексуальная адаптация. Кризис в семье наступил за два месяца до попытки самоубийства, когда в результате осложнения после операции на мочевом пузыре у Анатолия Ж. наступило расстройство половой функции. Анатолий Ж. тяжело переживал несколько неудач сексуального сближения. Им были тяжело восприняты слова лечащего уролога о том, что может потребоваться серьезное и длительное лечение. Роль «последней капли» сыграло полученное им сообщение о том, что жена изменила ему, будучи в командировке. Под воздействием сильного аффекта Анатолий Ж. выстрелил в себя из охотничьего ружья. Столь резкая реакция на психическую травму, обусловленную нарушением половой функции, не случайна и тесно связана с характером семейных взаимоотношений. Можно утверждать, и это подтверждают результаты психологического изучения семьи, что если бы отношения в семье были более многосторонними (если бы были дети, если бы брак был зарегистрирован, если бы имелся значительный круг общих знакомых, совместные заботы, касающиеся бытового устройства семьи), реакция Анатолия Ж. на психотравмирующее обстоятельство оказалась бы несравненно более мягкой. Он знал бы, что, несмотря на нарушение сексуальных взаимоотношений, у него и Виолетты Э. есть ради чего жить (например, ради детей, ради общих планов).

Семейная психотерапия в данном случае была облегчена тем, что поступок Анатолия Ж., доказав Виолетте Э. степень его эмоциональной привязанности и даже зависимости от нее, сам по себе содействовал снятию ее страха перед семейной взаимной зависимостью. Вскоре после выхода из больницы Анатолия Ж. они оформили свои отношения, было принято решение «или обзавестись своим ребенком, или усыновить», семья резко изменила стиль взаимоотношений, развивая их в направлении «общей судьбы».

семьях выражена тенденция удовлетворять широкий круг потребностей вне семьи и независимо от нее. Семья старается по мере возможностей не обзаводиться хозяйством, выражены традиции раздельного отдыха, у каждого члена семьи свой круг друзей и знакомых. В семейном бюджете значительную роль играют средства, расходуемые каждым членом семьи по личному усмотрению. Во-вторых, члены семьи весьма сдержанны в осуществлении разного рода общих планов и дел (в частности, нередко семья «тянет» с обзаведением детьми). В-третьих, в значительно меньшей мере, чем в ранее описанной семье, здесь выражено взаимное доверие «в кредит» — в случае противоречия у члена такой семьи нет ощущения, что то, что он делает для другого, он делает и для себя. В семье с «взаим-

но-независимыми» отношениями в большей степени действует принцип: «А в чем ты уступишь, если я уступлю в этом?».

Следует подчеркнуть, что семья с неразвитостью механизма «общности судьбы» не обязательно является нестабильной. Напротив, интеграция семьи может быть достаточно высокой. Но в этом случае она достигается за счет чего-то другого. Источники неразвитости или нарушений данного механизма самые различные. В первую очередь, это рассмотренная нами неспособность семьи к решению имеющихся у нее конфликтов. Формированию механизма «общности судьбы» может препятствовать и целый ряд других факторов: например, вынесенный из предыдущей или родительской семьи отрицательный опыт семейных взаимоотношений. Супруги, выросшие в семье, где имели место серьезные конфликты, разногласия, нередко в связи с этим имеют своеобразную «фобию семейственности», которая проявляется в страхе вступить в прочное семейное взаимоотношение, характеризующееся «общностью судьбы», стремятся возможно дольше сохранить независимость от семьи.

В качестве иллюстрации событий, происходящих в такой семье, приведем следующее наблюдение (см. случай 26).

Другой источник нарушений механизма общности судьбы, на первый взгляд резко отличающийся от первого, — весьма сплоченная родительская семья, руководимая властной личностью — отцом или матерью с сильным характером. Супруг, вышедший из такой семьи, имеет в прошлом историю тяжелой борьбы за выход из семьи, нередко он — единственный из нескольких братьев и сестер, кто сумел «вырваться» и создать свою семью.

С точки зрения семейной психотерапии существенно, что семья с ослабленным механизмом семейной интеграции обладает пониженным иммунитетом к широкому кругу нарушений, в том числе и к тем, которые становятся источником психической травматизации. Семья такого типа очень чувствительна к условиям жизни. Отношения в ней хороши, пока все хорошо. Всевозможные нарушения и сложности ставят перед ней трудные задачи, серьезно угрожают ее интеграции, значительно повышают психотравматичность ее неблагоприятных сторон для членов семьи.

Процессы структурной дифференциации в семье

Еще не так давно укрепление семьи было важной заботой государства, одной из важнейших целей социальной политики и в нашей стране, и во многих других странах.

Считалось очевидным, что чем больше индивид привязан к своей семье, чем меньше желаний и соблазнов отвлекают его от нее, тем лучше. Политики, моралисты, социологи не сомневались в том, что, создавая семью, человек обязуется многим пожертвовать ради нее и что чем самоотверженнее ведут себя муж или жена по отношению к своей семье, чем меньше они думают о личном и чем больше о семейном, тем лучше. Положительный герой недавнего прошлого с готовностью жертвовал собой ради семьи. Когда речь шла о семье, то рядом со словом «личное», как правило, ставилось слово «эгоистическое» (например, «личные эгоистические желания»).

Развитие семейной психотерапии дало основание полагать, что слияние семьи и личности на основе жертвенности последней чревато негативными последст-

виями как для семьи, так и для личности, так как лишает семью главного источника ее жизнеспособности и развития — противоречий. Интеграция семьи и личности может идти только путем постоянного возникновения все новых противоречий и их конструктивного разрешения, когда одновременно создаются новые возможности развития и для семьи, и для отдельных ее членов.

Первым, кто глубоко исследовал негативные психологические последствия «слияния», был Мюррей Боуэн (Bowen M., 1966, 1971, 1972 et al).

Исходным пунктом его исследований были наблюдения над процессом обсуждения проблем в семьях. Он был поражен эмоциональностью и стихийностью этого процесса: чем важнее был вопрос и чем больше он касался каждого отдельного члена семьи, тем менее целенаправленным, более стихийным, эмоциональным было обсуждение его, тем чаще оно определялось моментами, не имеющими отношения к делу. Члены семьи действовали не в соответствии с целью и особенностями своей личности: их поступки, высказывания, эмоции более всего зависели от предшествующего события, высказывания, поступка того или иного члена семьи. То, что Боуэн увидел, он охарактеризовал термином из психоанализа «недифференцированная эмоциональная масса». Дальнейшие наблюдения показали, что то, что в одних семьях является лишь кратковременным эпизодом, в других — обычный стиль взаимоотношений и обсуждения семейных проблем.

Введенные Боуэном понятия «недифференцированной семейной массы» (когда речь идет о семье) и «эмоционального слияния» (*emotional fusion* — когда речь идет о ее члене) вобрали в себя все, что способствует растворению личности в семье: неспособность осознать себя, свои интересы и потребности и видеть их соотношение с интересами и потребностями других членов семьи; недостаток — неспособность отделить сферу эмоций от рационального, а сиюминутные побуждения от долговременных целей.

Противоположность «эмоциональному слиянию» — «эмоциональная дифференциация». В это понятие Боуэн включает, в первую очередь, способность индивида отделить свои чувства от своего мышления. Недифференцированные люди плохо отличают свои эмоции от мыслей. Когда их спрашивают о том, что они думают, они говорят о том, что они чувствуют. Когда их спрашивают об их убеждениях, они рассказывают о том, что они слышали. Их поведение — это реакции на эмоции других, при этом достаточно примитивные: они или следуют этим эмоциям, или отвергают их. Но это не означает, что дифференцированный человек — холодный, бесчувственный, живущий только разумом. Напротив, он способен к сильным эмоциям, однако умеет и сдерживать их, и действовать вопреки им (Bowen, 1966, 1978).

Все эти качества личности определяют тип интеграции ее с семьей и способы разрешения семейных противоречий. Недифференцированная личность, естественно, прибегает к одному из дезинтеграционных решений, в то время как дифференцированная, напротив, ориентирована на реинтеграционное.

Разумеется, введенное Боуэном понятие весьма интуитивно, с ним трудно оперировать, однако его популярность в семейной психотерапии свидетельствует о том, что Боуэн уловил важное явление — определенный неконструктивный тип взаимоотношений семьи и личности.

На основе клинических наблюдений он описал целый ряд патологизирующих семейных явлений, связанных с упомянутым «слиянием». При данном типе семей-

ных взаимоотношений облегчается навязывание члену семьи патологизирующих ролей. Индивид, плохо различающий свои интересы и потребности, безоружен против вовлечения его в искаженные отношения. По мнению Боуэна, именно недифференцированная семья и личность создают предпосылки для возникновения таких явлений, как «двойная связь», роль «козла отпущения» и др.

Кроме того, недифференцированность создает предпосылки для передачи нерешенных проблем следующему поколению: в недифференцированной семье оказывается сложной проблемой взросление детей, их выход из родительских семей и создание ими собственных семей. В дифференцированных семьях это происходит обычно за счет постепенной перестройки семьи: отношения «родитель — ребенок» со временем превращаются в отношения близких родственников, происходит формирование новых отношений — путем осознания, рассмотрения и решения возникающих противоречий. В случае же недифференцированных семей такая реструктуризация затруднена. Взрослеющие дети, столкнувшись с тем, что ни они сами, ни их родители не способны решать многочисленные проблемы, связанные с выходом из семьи и реструктуризацией отношений, оказываются перед выбором: отказаться от самостоятельности и остаться в семье или резко разрывать отношения, «резать по живому».

Происходит конфликтный разрыв с родительской семьей. Выросший сын или дочь нередко уезжают как можно дальше от родителей и там создают свою семью, однако это не означает решения проблемы — дети увозят ее с собой, в новую семью. Возникает ситуация «незавершенного дела» — не решенный в старой семье конфликт индивид пытается решить в новой, внося в нее не только сам конфликт, но и свое неумение разрешить его.

Итак, способность семьи к решению семейных проблем имеет два важных следствия: усиление действия механизма «общности судьбы» и создание в семье структурных предпосылок для развития личности.

На первый взгляд может показаться, что они противоречат друг другу и что чем больше общность судьбы, тем меньше самостоятельность и тем меньше развивается личность. В действительности такое противоречие и является тем, чем жива семья, что позволяет ей успешно справляться со своими задачами.

Социально-психологический механизм «эмоциональной идентификации с семьей»

Ведущую роль в функционировании данного механизма семейной интеграции играют эмоциональные отношения симпатии между членами семьи.

Любовь, симпатия, привязанность, сочувствие, понимание со стороны другого человека нужны и важны для подавляющего большинства людей, в них — основа их уверенности в себе, важный компонент личного счастья, в них многие люди находят смысл жизни и источник внутренней устойчивости при столкновении с трудностями. Взаимная симпатия и любовь могут определяться самыми различными чувствами («Она его за муки полюбила, а он ее — за состраданье к ним»), но всегда привлекает нечто, связанное с личностью другого. Этим и определяется нередко встречающееся название этих потребностей — «личностные». Они чрезвычайно многообразны. После слов «Мне нужно...» могут быть перечислены различные особенности другого человека, его внешнего облика, характера,

внутреннего мира, поведения, взаимоотношений с ним. Любят за ум — но могут любить и за глупость; за уважение к себе — но и за презрение; за удачливость — но и за беспомощность; за жизненный опыт — но и за неопытность; за веселость — но и за мрачность и т. д.

Иногда нужно, чтобы другой просто был рядом, или чтобы с ним можно было общаться, или чтобы он, в свою очередь, испытывал определенные чувства и вел себя определенным образом, или еще что-либо.

Значение этих потребностей, а также связанных с ними чувств и отношений в жизни семьи огромно.

Они считаются важнейшим мотивом создания семьи и выбора супруга. Они же признаются (а нередко и являются) основой взаимоотношений супругов, родителей и детей, членов семьи и родственников. Именно от того, получает ли член семьи то, что ему нужно, нередко в решающей степени зависит его удовлетворенность семьей. Хорошо известна значительная роль этих потребностей в развитии человека, в сохранении его психического здоровья (Obuchowski K., 1972). Особенно губительно отсутствие отношений симпатии в раннем возрасте (Langmeier J., Matejcek Z., 1984), оно оказывается немаловажным источником личных и поведенческих расстройств (Bandura A., Walter R., 1968).

Эти потребности и связанные с ними отношения образуют еще один механизм интеграции семьи (наряду с уже обсуждавшимся механизмом решения семейных противоречий и нормативным механизмом интеграции, о котором речь пойдет дальше), причем важно подчеркнуть, что его интегрирующее действие в значительной мере независимо от двух других. Любовь, симпатия, привязанность могут держать семью вместе, несмотря на то что ее члены совершенно не умеют решать свои семейные проблемы и не могут договориться ни по одному вопросу. Этот механизм не зависит и от нормативной интеграции: взаимная антипатия может разрушить семью, несмотря на самое развитое чувство долга.

Как отношения симпатии участвуют в интеграции семьи?

1. Отношения симпатии — это прежде всего мощный источник мотивации к участию в семье. Повседневные наблюдения показывают, что они способны противостоять мощнейшим разрушающим факторам.
2. Эти отношения — важный фактор взаимопонимания. Дело в том, что отношения симпатии вызывают нарастание интереса к объекту симпатии (например, к человеку, которого любят). При этом чрезвычайно важно, что это благожелательный интерес, связанный со стремлением помогать, совместно радоваться или огорчаться, что, в свою очередь, обусловливает большую взаимную откровенность и, соответственно, нарастание эмпатии. Одно из важных следствий отношений симпатии — это подробно описанный механизм сближения представлений тех лиц, которые испытывают положительные чувства друг к другу (Homans G., 1972). Отсюда и значение отношений симпатии в профилактике и смягчении межличностных конфликтов в семье.

Отношения симпатии — противофрустрационный фактор в жизни семьи. Отношения симпатии в определенной мере нейтрализуют состояния фрустрации, возникающие в межличностных отношениях, в том числе и в семье. Человеку, который симпатичен, а особенно тому, которого любят, многое прощается; лег-

че проходит адаптация к фрустрирующим особенностям его личности и характера.

Эту сторону семейных взаимоотношений ярко охарактеризовал А. В. Петровский на примере родительской любви. Говоря о различных и многочисленных проступках ребенка, А. В. Петровский замечает: «Любой проступок отнюдь не вызывает к себе бесстрастного отношения родителей. Напротив, он порождает гнев, причем сплошь и рядом в весьма бурной и яростной форме, и так может продолжаться недели, месяцы. Но вот что интересно: кумуляции зачастую не происходит. Складывается впечатление, что потоки возмущения, поступающие через пробоины корабля доверия, откачиваются и откачиваюся мощными помпами родительской любви» (Петровский А. В., 1982).

Во многом похоже действие симпатии в супружеских отношениях: и тут возникает эффект «растворения фрустрации».

Это свойство симпатии особенно важно, когда семьи нуждаются в семейной психотерапии, имеют различные нарушения и как следствие их — состояния фрустрации, агрессии, тревоги, напряжения.

Отношения симпатии как интегратор целей и желаний членов семьи. Желания любимого не менее важны, чем собственные. Классический пример — взаимоотношения матери и ребенка: «Голод ребенка для матери не менее, а возможно и более тяжелое переживание, чем ее собственный» (Петровский А. В., 1982). В частности, повышается готовность уступить, усиливается стремление к тому, чтобы найти выход, удовлетворяющий всех.

Отношения симпатии выполняют многообразную интегрирующую функцию в семье: снимают и смягчают состояния фрустрации; снижают взаимную агрессивность членов семьи; создают более благоприятные условия для разрешения межличностных конфликтов и для формирования взаимопонимания. Развитие отношений симпатии означает усиление сплоченности семьи, ее способности противостоять широкому кругу отрицательных и разрушающих ее факторов.

Структура отношений симпатии как механизма семейной интеграции. Понятие «отношения симпатии» охватывает всю совокупность семейных отношений. В состав данного механизма входят:

- *Эмоции и чувства, лежащие в основе отношения симпатии*, — это целая гамма разнообразных чувств по отношению к другому человеку (восхищение, сочувствие, интерес, уважение и многие другие). Указанные эмоции в той или иной форме, на том или ином уровне развития присущи подавляющему большинству людей (Reykowski J., 1979).
- *Стимулы симпатии* — это особенности личности другого, взаимоотношений с ним, способные вызвать чувство симпатии у данного члена семьи. Мы уже говорили о крайнем их разнообразии: видимо, полюбить возможно за любое человеческое качество. Исследование отношений симпатии обнаруживает многочисленные формы стимулов, их связей с ситуацией и взаимоотношениями между людьми. (Пример зрительного стимула симпатии см. на рис. 5)

Наконец, велико разнообразие степеней осознанности стимулов симпатии. Люди далеко не всегда понимают, что именно вызывает у них чувство симпатии, почему именно этот человек вызвал у них такое чувство.

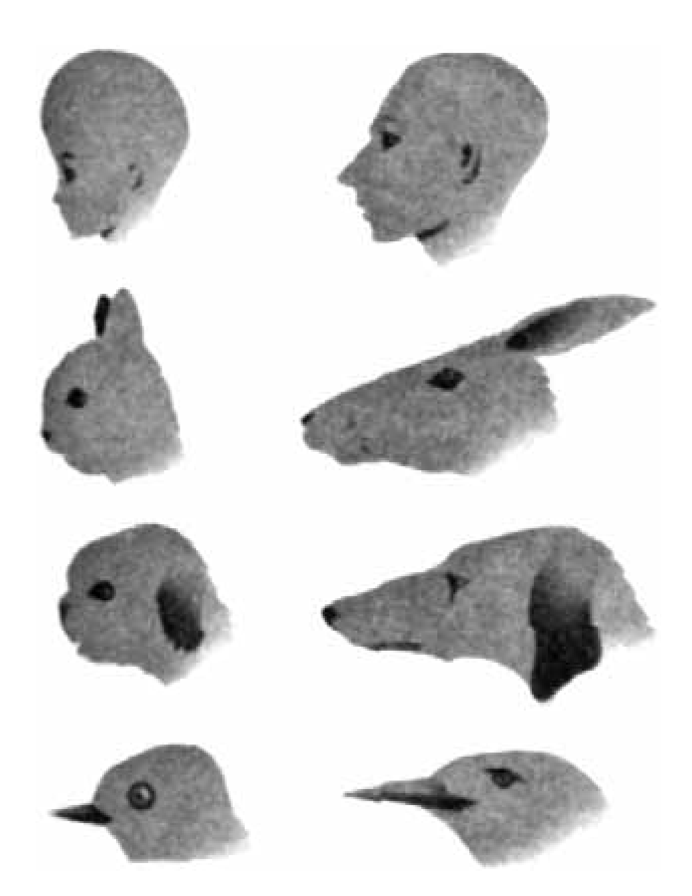


Рис. 5. «Детский облик». Пример стимульного образа, пробуждающего чувство симпатии

Стимульный образ. Стимулы симпатии нередко объединены в определенные совокупности — образ. Совокупность стимулов, вызывающих у каждого отдельного человека чувство симпатии к другому, высоко индивидуальна и значительно различается у разных людей. Особенно это касается не поверхностной, а так называемой «глубокой симпатии», т. е. симпатии между людьми, связанными многосторонней связью (например, между членами семьи). Здесь большую роль играет не наличие отдельных личностных особенностей у объекта симпатии, а определенное сочетание этих особенностей, составляющее целостный образ (Sorokin P., 1950), характеристики которого зависят от сложной совокупности условий воспитания, от психологических характеристик тех людей, с которыми он был связан (особенно в детстве), от характера его взаимоотношений с этими людьми.

Связь с другими мотивами. Для симпатии весьма характерна неразрывная связь с родительским и сексуальным инстинктами. «За хорошей дружбою кроется любовь», — поется в песне. Нередко обнаруживается глубокое сходство стимулов, пробуждающих чувство симпатии, с теми, что пробуждают сексуальное или родительское чувство.

Тот образ, который пробуждает наше чувство симпатии, далеко не всегда соответствует реальному образу супруга или ребенка. Сходство часто оказывается

лишь частичным. Между «стимульным образом» и «реальным» возникает сложное взаимодействие (например, «идеализация»).

От степени их совпадения может решающим образом зависеть интенсивность чувства.

«Я думал, что моя жизнь вполне устроена. У меня было все, чего я хотел: жена, дом, интересная работа, всеобщее уважение. Я искренне считал, что я счастливый человек. Так было, пока я не встретил ее. Тогда я понял, что понятия не имел о том, что такое счастье и что такое любовь. Ради нее мне пришлось отказаться от всего. Я все начал заново. Но мне ничего не жаль, и сейчас я действительно счастлив».

Перед нами высказывание человека, который наконец-то встретил женщину, которая пробудила в нем всю интенсивность страсти, на которую он, оказывается, был способен. Вполне возможно, что его жена была замечательным человеком, воплощением ума, красоты и многих других добродетелей, однако она не была «то, что надо» именно для него. Возможно, что у женщины, которую он встретил, не было ни одной из перечисленных добродетелей, но в ней, в ее облике, поведении или в ее отношениях с людьми было что-то необъяснимое и невыразимое, оказавшееся для него важнее всего. Вся история братьев Карамазовых завязалась из-за того, что «у Груньки-стервы такой изгибчик в мизинце, во всем теле отдается...». Качества, которые притягивают индивида, вызывают у него чувство симпатии, могут быть весьма противоречивыми. Возможно расщепление этого образа: черты его могут быть рассеяны среди разных людей. «К одному мужчине женщину тянет могучий голос тела, с другим ее роднит глубокое духовное родство и взаимопонимание», — писала об этом Инесса Арманд.

Какая-то совокупность человеческих черт вызывает у индивида чувство симпатии. Однако оно редко бывает единственным: объект симпатии, как правило, вызывает и другие чувства, нередко весьма различные по содержанию и направленности (неуверенность, беспокойство, ненависть и т. д.).

Отношения симпатии, как правило, амбивалентны. Они отражают индивидуальную историю развития чувств конкретного человека. Эта история была в центре внимания самых различных психологических и психотерапевтических школ, каждая из которых так или иначе объясняла ее: на протяжении всей жизни индивида и особенно в его ранние годы эти чувства связывались с индивидуальным развитием личности и с разрешением межличностных проблем, возникавших в процессе ее развития.

Было показано, что отношения симпатии могут быть отражением тех отношений (особенно неразрешенных конфликтов), с которыми индивид столкнулся на предыдущих этапах своей жизни (Freud S., 1905, 1921).

Они могут быть связаны со стремлением компенсировать недостатки своей личности, желанием через чувство симпатии «приобрести те свойства, которых индивиду не хватает» (Meissner, 1978). В терминах психоанализа это звучит так: «переизбыток нарциссического либидо, из-за которого любимый становится как бы представителем недостижимого Я-идеала» (Freud, 1921).

Симпатия может быть связана с возможностью проявить скрытые стороны своей личности, реализовать «неосознаваемые фантазии», «темную сторону “Я”» (Dick, 1963).

Амбивалентность чувства симпатии может быть связана с прежними травматизациями этого чувства, со страданием, которое человек испытал, когда люди,

чьи чувства были для него особенно важны, отвергли его. Поэтому в комплексе с симпатией могут выступать агрессия, садизм, подавление личности того, кто вызывает это чувство. Различным оказывается место этого чувства в структуре личности.

Изучение механизмов эмоциональной идентификации в семье

Итак, мы имеем дело с чувством, которое может быть очень сильным и подавлять все другие, чрезвычайно индивидуальным, сложным и противоречивым, весьма важным с точки зрения интеграции семьи. В силу этого безусловно необходимо изучать его и иметь представление о его месте во взаимоотношениях членов семьи.

Стремясь понять личностные взаимоотношения в семье, мы должны ответить на вопросы, которые обсуждались выше.

- Что именно у каждого из членов семьи является стимулом симпатии, каков его «стимульный образ»?
- Какова степень сходства реальных людей и реальных отношений в семье с этим образом?
- Каково отношение индивида к стимульному образу, т. е. какие иные чувства, кроме симпатии, он вызывает, в чем проявляется амбивалентность чувства симпатии?

Важные примеры клинического изучения «стимульных образов» членов семьи, связанных с ними чувств и возникающих на их основе взаимоотношений можно найти в трудах семейных психотерапевтов, работающих в рамках психоаналитического подхода.

Изучение «стимульного образа». Изучение механизмов эмоциональной идентификации в семье преследует две цели: во-первых, установить, как эти механизмы действуют; во-вторых (и это особенно важно), каковы резервы взаимной идентификации, т. е. возможности усиления их действия. О резервах взаимной идентификации мы говорим в первую очередь в тех случаях, когда тот или иной член семьи способен испытывать потребность в отношениях симпатии, однако отношения в семье и особенности личного облика других членов семьи блокируют проявление этого чувства и, соответственно, формирование взаимоотношений, основанных на симпатии.

Перед психологом или врачом, работающим с семьей, стоит нелегкая задача — для каждого члена семьи выявить «образ человека» и «тип взаимоотношений с ним», которые активизируют у него чувство симпатии.

При решении этой задачи может оказаться полезной разработанная нами методика «Предпочитаемый тип симпатии» («ПТС»). Подробное описание методики и рисуночный тест даны в приложении 7.

Охарактеризуем принципы построения методики и некоторые особенности ее использования при изучении эмоциональной идентификации в семье. Методика включает в себя стимульный материал (рисуночный тест), систему тестовых заданий и план интервью. Стимульный материал — это 36 пронумерованных рисуночных портретов лиц разного пола и возраста. Рисунки подобраны так, чтобы различные половозрастные группы были представлены в равной мере: одинаковое число (по 6) мужчин и женщин старшего возраста, средних лет и младшего

возраста. Рисунки отбирались из значительного числа (96) с тем, чтобы обеспечить возможно большее характерологическое различие между нарисованными людьми. Для этого 96 рисунков были предъявлены нескольким группам населения (учащимся высшего военного учебного заведения, учащимся техникума культуры, слушателям курсов повышения семейно-бытовой культуры — всего опрошено 140 человек). Давалось задание, во-первых, представить себе характер каждого из изображенных людей и, во-вторых, указать портреты лиц с похожими характерами. Таким образом были выделены группы сходных характеров; затем один из представителей группы отбирался для методики, другие же исключались, причем отбор производился таким образом, чтобы обеспечить принцип равной представленности различных половозрастных групп.

Кроме самих рисунков, которые раскладываются перед испытуемым, имеются еще «пустые» карточки того же формата. Система тестов включает стандартные и специфические задания. Стандартные изложены в методике. Специфические же обычно разрабатываются в ходе обследования.

Первое стандартное задание: внимательно рассмотреть все рисунки, представить себе характеры нарисованных людей и выбрать среди них человека, который нравится (привлекает, вызывает наибольшую симпатию). После того как выбор сделан, предлагается выбрать второго, третьего и т. д., проранжировав все рисунки — от наиболее симпатичного до самого антипатичного.

Порядок рисунков фиксируется письменно. Затем испытуемому предъявляются стандартные задания на установление функций произведенного выбора.

Примеры заданий: «Укажите, кто вам больше всего нравится внешне»; «Укажите, кому из них вы бы охотнее всего сделали подарок на Новый год»; «С кем вам было бы веселее всего?»; «За кем бы вы охотнее всего ухаживали, если бы он был тяжело болен?»; «Кого более всего вы бы ценили за жизненную мудрость?»; «В кого охотнее всего влюбились бы?».

Вслед за этим устанавливается, во-первых, носители каких «желаемых отношений» занимают ведущие места в проранжированном наборе рисунков. Например, если наиболее нравящийся (занимающий первое место в этом наборе) является тем, за кем обследуемый охотнее всего ухаживал бы в том случае, если бы тот был тяжело болен, то делается предположение, что ведущим стимулом в развитии симпатии является тяжелое, зависимое положение объекта симпатии и возможность помогать ему. Если у наиболее нравящегося несколько функций, то делается вывод, что ведущих стимулов в развитии симпатии тоже несколько.

Далее предположение о ведущем стимуле в развитии симпатии проверяется. Для этого задание, касающееся ведущего стимула, повторяется. Например, если больше всего нравится индивид, за которым бы ухаживал в случае тяжелой болезни, то дается следующее задание: «А за кем еще из этих людей вы бы охотно ухаживали, если бы они были тяжело больны?» Если второй выбранный входит в первую шестерку наиболее нравящихся людей, тем самым предположение подтверждается на 10%-ном уровне (вероятность того, что сразу два лица, за которыми обследуемый хотел бы ухаживать в случае их тяжелой болезни, входят в первую шестерку наиболее привлекательных — чистая случайность и составляет не более 10%) (Muller P. et al., 1982).

В случае подтверждения предположения предлагается проранжировать все лица, изображенные на рисунках, в соответствии с ведущим стимулом. Так, если

ведущим стимулом оказались беспомощность объекта симпатии и возможность помогать ему, то предлагается проранжировать всех по этому признаку: от того, за кем охотнее всего ухаживал бы, до того, за кем наименее охотно.

Когда задание выполнено, обследуемому вручаются пустые карточки. Предлагается на каждой из них обозначить (любым способом) каждого члена своей семьи, подумать, как можно его изобразить. Затем дается задание вставить эти карточки в ранее проранжированный ряд рисунков. Помещение члена семьи в начало ряда (например, в первую шестерку) интерпретируется как показатель того, что он стимулирует чувство симпатии, т. е. вызывает ведущий стимул.

Помещение его в конце ряда (например, в последнюю шестерку) дает основание для обратного вывода (индивид фрустрирует ведущий стимул — вызывает в данном отношении антипатию). Для количественной оценки степени обоснованности полученного вывода (для опровержения противоположной гипотезы, в соответствии с которой помещение «белой карточки» в начало или в конец ранжированного ряда — случайное событие) используется таблица вероятностей биноминального распределения.

Завершающая часть исследования — интервью, план которого входит в методику. Врач или психолог, проводящий обследование, обращается к портрету человека, наиболее привлекательного с точки зрения исследуемого стимула симпатии, и говорит обследуемому члену семьи: «Расскажите об этом человеке все, что придет вам в голову. Попробуйте хотя бы примерно угадать, что он думает, что чувствует, что его заботит и что радует. Кем бы этот человек мог быть для вас (сыном, мужем, хорошим знакомым)? Как бы он с вами разговаривал, как бы обращался? Как бы вы вели себя по отношению к нему?»

Задача исследователя на этом этапе — добиться максимально возможной конкретизации важнейшего стимула симпатии. Так, если на прошлом этапе было установлено, что член семьи склонен испытывать чувство симпатии к людям, находящимся в беспомощном положении, то на этом этапе нужно выяснить, как он представляет себе это беспомощное положение конкретно, какие чувства, высказывания, поведение объекта симпатии свидетельствуют для него о беспомощности и связанных с ней переживаниях.

Обратимся к примерам проявления этого механизма семейной интеграции в семьях, оказывающих психотравмирующее воздействие на своих членов (случай 27).

Как было показано выше, немалую роль в разрешении семейного конфликта и его неблагоприятных последствий могут играть механизмы семейной интеграции, и в частности механизм эмоциональной идентификации. Поэтому при изучении любого семейного нарушения необходимо обследование этих механизмов.

Если оно покажет, что они нарушены и поэтому не участвуют в смягчении и коррекции нарушений, то необходимо принять меры для усиления их действия. Такое обследование было проведено и в описываемом случае (семейная психотерапия семьи Серафимы З.).

Потребности каждого члена семьи в симпатии и возможность их удовлетворения изучались клинически и с помощью описанной выше методики ПТС. В полном соответствии с ожиданиями, у Серафимы З. потребность в похвале и признании со стороны авторитетной личности выявлена в качестве ведущей. По данным исследования, те люди, чье признание ей необходимо, старше ее, благожелательно наблюдают за ее усилиями, советуют «поберечь себя». Весьма любопытно, что

Случай 27

СТРУКТУРА ОТНОШЕНИЙ СИМПАТИИ В СЕМЬЕ

Серафима З., 36 лет. Муж: Сергей З., 33 лет. Живут в браке 14 лет. Имеют дочь 13 лет.

Серафима З. обратилась к врачу в связи с нарушениями в поведении ребенка. Однако оказалось, что действительная причина обращения — конфликт с мужем, продолжающийся, по ее словам, уже несколько лет.

С этим конфликтом она связывает имеющиеся у нее соматические заболевания: хронический гастрит и транзиторную гипертонию.

Эти заболевания связаны, по ее словам, с эгоизмом мужа. Она самостоятельно, без малейшей помощи с его стороны, выполняет все многочисленные работы по дому. «Я прихожу с работы и, не отдохнув ни минуты, отправляюсь на кухню, где нахожусь уже до позднего вечера». О поведении мужа в семье Серафима З. рассказывает с неподдельным возмущением: «Он приходит домой и сразу на диван. У меня, видите, все руки в мозолях, а у него руки нежные, как у женщины. У него имеется масса всяких средств для ухода за руками: напильничков, щипчиков и т. п.».

Несмотря на не слишком благополучное материальное положение семьи, он приобрел подряд несколько пар домашних туфель, пока не купил такие, какие его устраивают. С особенным возмущением она рассказывала о его «развратной» привычке залезть в ванну с сигарой и рюмкой коньяка и не выходить несколько часов. Характерным для семейных взаимоотношений был эпизод приобретения семьей ковра. Началось с того, что она несколько раз говорила мужу о том, что ему необходимо вместе с ней отправиться за покупкой. В конце концов, ничего не добившись, она сама пошла в магазин и, несмотря на все болезни, самостоятельно принесла ковер домой. Не удалось добиться помощи и в размещении ковра. Когда она, наконец, сама, сдвинув тяжелую мебель, разложила ковер, муж, вернувшись с работы, только сделал мелкие замечания по поводу небольших изменений в расстановке мебели. От психотерапии Серафима З. ожидала в первую очередь помощи «в преодолении эгоизма мужа». Вопреки ожиданиям, муж охотно согласился встретиться с психотерапевтом.

Психологическое обследование показало, что истинная проблема намного глубже, чем это следовало непосредственно из рассказа Серафимы З. У нее была обнаружена психологическая проблема, связанная с борьбой за признание и чувство благодарности со стороны окружающих, в значительной мере связанная с ее взаимоотношениями с матерью в детском и подростковом возрасте. Мать обращала на нее внимание лишь в случае каких-то больших достижений или, напротив, достаточно серьезной болезни. Установку на борьбу за признание Серафима З. перенесла и в нынешнюю семью.

Игнорирование мужем ее усилий было связано с двумя обстоятельствами. Во-первых, с его личной установкой. По словам мужа, ему «всегда было трудно и неприятно вслух выражать благодарность, даже если в душе он ее чувствовал». Во-вторых, он был уверен, что если он будет выражать ей благодарность и признательность за все, что она делает для семьи, «ее претензиям не будет конца»: «Она почувствует власть в семье, и получится, что раз она так много делает, и я это признаю, то я должен или с утра до вечера выбивать ковры и стирать пылинки или с утра до вечера ее благодарить». Конфликт оказывал влияние на широкий круг взаимоотношений в семье. В частности, жена старалась преодолеть «эгоизм и неблагодарность» мужа и пробудить у него чувство вины, критикуя его чрезмерный гедонизм и совершая «подвиги ради семьи», например приобретая ковер. В ответ на моральное давление с ее стороны он усиливал сопротивление, полностью игнорируя ее заслуги перед семьей.

Связанные с этим конфликтом нервно-психическое напряжение, неудовлетворенность, отчаяние и ожесточенность действительно играли немалую роль в возникновении и хронификации ее заболеваний, психосоматических по своей природе. Определенную роль играло и место этих заболеваний в решении ее главной задачи — оказании морального давления на мужа.

в описании взаимоотношений с такими людьми не фигурируют похвалы вслух (которые, как мы помним, создают проблемы для ее мужа).

Ей важно, что на нее смотрят и думают о ней одобрительно, признавая и хваля ее самопожертвование. Неожиданностью для исследователей был второй ведущий стимул: оказалось, что ей нравятся люди, которые радуются или испытывают удовольствие, причем именно в том случае, если она сама может им его доставить. Лица, которым она хотела бы сделать подарок (два человека), оказались среди шести наиболее нравящихся. В обоих случаях это были молодые люди: мальчик и юноша.

Во многом соответствовали исходным предположениям результаты обследования Сергея З. Ему больше всего нравятся люди, которые стремятся ему помочь, доставить радость, удовольствие.

Оба супруга поместили «белые карточки» с воображаемыми портретами друг друга в конец проранжированного по ведущему стимулу ряда портретов. Серафима З. положила его в конце ряда рисунков, проранжированных по признаку «благожелательно наблюдают за мной, понимают и ценят мои усилия». Точно так же на шестом месте от конца оказалась карточка жены в проранжированном Сергеем З. ряду по признаку «стремятся мне помочь, доставить мне радость, удовольствие».

Таким образом, существующие в данной семье отношения блокировали имеющиеся потребности в симпатии и весь связанный с ними механизм эмоциональной идентификации. Эти отношения побуждали мужа не признавать усилий жены, не проявлять нужных ей чувств признательности и уважения, а ее существующие отношения побуждали, во-первых, критиковать и всячески подавлять нужный мужу тип отношений; во-вторых, отрицательно относиться к тем его личностным особенностям, которые в действительности могли быть ей симпатичны (речь идет о ее симпатии к людям, которым она может доставить радость, и о его — к людям, которые ее доставляют).

В результате механизм эмоциональной идентификации в семье фактически не действовал, что не давало возможности использовать его для смягчения фрустраций и снятия конфликтов. Результат обследования показал и направление психотерапевтической работы с семьей. Стало ясно, что нужна не только работа по выявлению и коррекции конфликтного отношения, но и психотерапевтические мероприятия по активизации отношений взаимной симпатии между супругами. Такая работа была проведена и дала положительный результат. Некоторые ее аспекты будут освещены ниже — при обсуждении путей коррекции нарушенного отношения симпатии.

В процессе исследования отношений симпатии в семьях создан и апробирован оригинальный психологический тест «Возраст. Пол. Роль» (ВПР), позволяющий проследить аспекты отношения к своему и противоположному полу в различных возрастных группах, начиная с 4 лет, и соответствия собственной половой принадлежности (см. приложение 8).

Метод является невербальным и соответствует введенному Л. К. Франком понятию проективных тестов (Frank L. K., 1939).

Результаты могут быть выражены количественно, что повышает эффективность этого метода и позволяет рассматривать его и как шкальный метод.

Идея метода ВПР принадлежит литовскому психологу В. Юстицкису; развитие идеи, создание структуры текста, первой версии стимульного материала и математическая обработка осуществлены Э. Г. Эйдемиллером; разработка окон-

чательного варианта стимульного материала и клиническая апробация выполнены С. В. Кудрявцевой; создание аппарата для математической обработки данных заслуга Э. В. Волкова и С. В. Кудрявцевой.

Тест ВПР является модификацией психологического проективного теста «Предпочитаемый тип симпатии» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990), который был создан для исследования осознаваемых и неосознаваемых проявлений симпатии у членов семьи. В создании и апробации теста ВПР также принимали участие психиатр Н. В. Александрова и психолог из Республики Кипр К. Константину (1992).

Теоретическое обоснование теста ВПР

Теоретическое обоснование метода опирается на особенности субъективного зрительного восприятия, влияния на восприятие механизмов идентификации, переноса, категоризации и психологических установок.

В момент восприятия любой зрительной информации между субъектом и воспринимаемым объектом устанавливается определенная эмоциональная связь, содержанием которой является переживание своей тождественности с объектом. Таким образом, при восприятии портретов имеет место эмоционально-когнитивный процесс неосознаваемого отождествления себя с наблюдаемым объектом (портретом, человеком), т. е. процесс идентификации.

Кроме того, при субъективном восприятии имеет место феномен категоризации — психический процесс отнесения единичного объекта к некоторому общему классу, группе. Увидев человека, мы одновременно фиксируем, что это — мужчина либо женщина, ребенок либо старик и т. д. Объект (в нашем случае штриховой портрет) воспринимается как представитель некоторого класса, причем на него переносятся обобщенные особенности и характерные признаки класса в целом.

Следующий важный аспект восприятия — установка, т. е. предрасположенность субъекта, возникающая при предвосхищении им появления определенных объектов и обеспечивающая устойчивый целенаправленный характер восприятия и отношения к данному объекту. Установка является основой субъективной избирательной активности и обеспечивает направленность выборов (Узнадзе Д. Н., 1949; Hebb D. O., 1949).

Таким образом, восприятие носит предметный избирательный характер.

Значение предмета (в данном случае портрета) связано не только с его конфигурацией или целостностью, но и с прошлым опытом (Павлов И. П., 1951; Helmholtz H. V., 1910; Leeper R. W., 1935; Allport F. H., 1955; Krech D., 1969).

Кроме того, при одновременном предъявлении испытуемому некоторого количества различных портретов, расположенных в случайном порядке, избирательность восприятия обусловливается феноменом «фигуры и фона» (Osgood C. E., 1953). Человек останавливает свой выбор именно на тех портретах, которые имеют для него личностный смысл, которые по тем или иным причинам оказываются значимыми.

Итак, предложенный оригинальный проективный тест ВПР позволяет сделать заключение о том, как субъект воспринимает себя в аспекте пола и возраста, свою половую роль в данной системе отношений и как он к этой роли относится. Этим определяется валидность теста.

Этапы создания и разработки теста ВПР

Первоначальный вариант стимульного материала, опубликованный в руководстве «Семейная психотерапия» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990), потребовал определенных изменений в связи с тем, что мужские и женские портреты, а также портреты людей, относящихся к разным возрастным группам, были представлены не одинаково (из 36 портретов: 26 взрослых, 10 детей; 16 мужских и 20 женских).

Создавая новый стимульный материал, мы стремились удовлетворить следующим требованиям:

- одинаковая представленность мужских и женских портретов;
- одинаковая представленность портретов различных возрастных групп;
- оптимальное количество и размер портретов — для того, чтобы можно было воспринять весь стимульный материал одновременно и избежать зрительного перенапряжения.

Все лица на портретах намеренно изображены «гипомимичными» или «застывшими», чтобы исключить погрешности, неизбежно возникающие при восприятии любого лица. Нам было важно, чтобы испытуемые ориентировались в большей степени на пол и возраст изображенных людей, а не на их мимику, на строение, характер, узнаваемость и т. д.

Учитывая данные А. Л. Яргуса (1965) о восприятии лица (основное внимание уделяется глазам, губам и носу, а остальные детали лица рассматриваются бегло), мы сочли наиболее приемлемыми для стимульного материала изображения лиц в анфас или три четверти, исключив изображения в профиль.

Вначале был создан предварительный вариант стимульного материала, включавший 50 штриховых портретов лиц различного возраста (начиная с детей 4–5 лет и вплоть до пожилых людей).

Предварительный набор включал 25 портретов лиц женского пола и 25 — мужского.

Был выбран оптимальный размер карточек 6×9 см, позволяющий одновременно расположить все карточки на столе.

Следующим этапом была оптимизация количественного состава предварительного набора и исключение тех лиц, которые большинством людей воспринимаются как явно положительные либо как явно отрицательные.

С этой целью предварительный набор предлагался здоровым испытуемым (61 человек — 39 женщин и 22 мужчины), которые получали инструкцию ранжировать все портреты в порядке предпочтения: от самого приятного до самого неприятного.

Портреты, наиболее часто оказывавшиеся в начале или в конце ряда, были исключены.

В результате был получен окончательный вариант стимульного материала, представленный набором из 30 карточек, в котором 15 мужских и 15 женских штриховых портретов. Каждый портрет снабжен двузначным цифровым кодом. Первая цифра (от 1 до 5) соответствует возрастной группе портрета:

1 — дети в возрасте от 4 до 12 лет;

2 — подростковый и юношеский возраст от 13 до 21 года;

3 — возраст ранней зрелости от 22 до 35 лет;
4 — возраст поздней зрелости от 36 до 55 лет;
5 — пожилой возраст — старше 55.

Данные возрастных границ и терминология приведены в соответствии с Международной классификацией ООН 1988 г.

Вторая цифра фиксирует половую принадлежность портрета. Четные цифры (от 2 до 6) — у мужских портретов; нечетные — у женских.

Все карточки стимульного материала разделяются на пять возрастных групп; по шесть карточек в каждой группе, где 3 мужских портрета и 3 женских. Например, номер портрета 32 обозначает, что это портрет мужчины, принадлежащего к 3-й возрастной группе. Номер 15 — портрет девочки (1-я возрастная группа).

Двузначный код, введенный вместо порядкового номера, был необходим для последующей математической обработки данных.

Получив окончательный вариант стимульного материала, мы изменили процедуру обследования. Испытуемым предлагалось выбирать только те портреты, которые кажутся наиболее приятными или наиболее неприятными, и затем ранжировать их.

Число выбранных портретов ограничили 12 — по 6 «приятных» — (далее в тексте — «предпочитаемых») и 6 «неприятных» («отвергаемых»).

Число 6 выбрано в связи со следующими факторами:

- испытуемый имеет возможность включить в это количество карточки всех пяти возрастных групп;
- испытуемый имеет возможность выбрать одинаковое или неодинаковое количество мужских и женских портретов.

Всем испытуемым предлагалась следующая инструкция: «Разложите на столе (или на любой другой плоской поверхности) все 30 карточек с портретами. Внимательно рассмотрите их и выберите 6 портретов, которые кажутся вам наиболее приятными, и 6 наиболее неприятных. Выбранные карточки расположите в двух рядах: предпочитаемые, начиная с самого приятного, и отвергаемые, начиная с самого неприятного».

Учитывая вышеуказанное обозначение карточек с портретами, результаты выборов испытуемого фиксировались следующим образом:

+ 15. 22. 34. 21. 42. 51,
– 52. 56. 14. 44. 31. 12,

где номер 15 — первый среди предпочитаемых портретов, а номер 52 — первый среди отвергаемых.

Математический аппарат для обработки данных теста ВПР

Первичные («сырые») результаты выборов испытуемых были подвергнуты количественному и качественному анализу.

Для этой цели был создан специальный математический аппарат. Предложенные формулы разработаны для раздельного анализа отвергаемых и предпочитаемых портретов. В результате были получены коэффициенты предпочтения и отвержения. Каждая формула учитывает 6 «сырых» значений, причем предпочитаемые портреты учитывались со знаком (+), а отвергаемые — со знаком (–).

Каждому месту портретов от 1 до 6 приданы «весовые» значения в зависимости от места, которое он занимал в раскладке. Условно вес первого места мы определили в 6 баллов. Вес второго — 5 баллов. Третьего — 4 балла и т. д.

Однако сумма всех весов должна быть равна 1. Для удовлетворения этого требования были суммированы баллы всех «весовых» значений:

$6 + 5 + 4 + 3 + 2 + 1 = 21$

и затем преобразованы величины весов:

$6/21 + 5/21 + 4/21 + 3/21 + 2/21 + 1/21 = 1.$

Таким образом, наибольший вес (первое место) составляет 6/21, а наименьший (шестое место) — 1/21. Обозначив единицу карточки портрета индексом a, а номер места портрета — индексом n, мы составили табл. 4.

Таблица 4

Весовые коэффициенты (первичные)

n	1	2	3	4	5	6
a_{n+}	6/21	5/21	4/21	3/21	2/21	1/21
a_{n-}	6/21	5/21	4/21	3/21	2/21	1/21

Однако использование правильных дробей крайне неудобно для дальнейшего подсчета, поэтому данные a_n были переведены в десятичные дроби и округлены. Проверка показала, что данная процедура принципиально не изменила конечный результат, и мы получили следующие a_n, представленные в табл. 5.

Таблица 5

Весовые коэффициенты (окончательные)

n	1	2	3	4	5	6
a_{n+}	0,3	0,2	0,2	0,15	0,1	0,05
a_{n-}	0,3	0,2	0,2	0,15	0,1	0,05

Здесь a_{n+} — весовой коэффициент предпочитаемых портретов, a_{n-} — весовой коэффициент отвергаемых портретов.

Далее, вторая цифра обозначения портретов получила индекс i, с условием, что:

- i — четная для мужских портретов;
- i — нечетная для женских портретов.

И было введено дополнительное условие Q:

- Q_F — для женских портретов,
- Q_M — для мужских портретов;

причем

$$Q_F = \begin{cases} 1; \text{ i — нечетная} \\ 0; \text{ i — четная} \end{cases}, \quad Q_M = \begin{cases} 1; \text{ i — нечетная} \\ 0; \text{ i — четная} \end{cases}.$$

Описанные процедуры позволили создать формулу для вычисления взвешенных коэффициентов. Взвешенный коэффициент предпочитаемых женских портретов:

$$KF^{+} = \sum_{n=1}^{6} a_n + Q_F. \quad (1)$$

Взвешенный коэффициент предпочитаемых мужских портретов:

$$KF^{+} = \sum_{n=1}^{6} a_n + Q_M. \quad (2)$$

Взвешенный коэффициент отвергаемых женских портретов:

$$KF^{-} = \sum_{n=1}^{6} a_n - Q_F. \quad (3)$$

Взвешенный коэффициент отвергаемых мужских портретов:

$$KF^{-} = \sum_{n=1}^{6} a_n - Q_M. \quad (4)$$

Кроме взвешенных коэффициентов были получены относительные коэффициенты F и M:

$$F = \frac{KF^{+}}{KF^{-}}; \quad (5)$$

$$M = \frac{KF^{+}}{KF^{-}}. \quad (6)$$

Кроме названных коэффициентов первоначально был введен еще один коэффициент — F/M, выражающий отношение портретов своего пола к портретам противоположного пола и M/F как предполагаемый коэффициент идентичности.

Однако исследование показало, что полученная величина не отражает действительной картины половозрастных предпочтений.

Названный коэффициент сохранен в таблицах результатов, но в дальнейшем не учитывался. Таким образом, в настоящем исследовании мы отказались от первоначальной идеи (Эйдемиллер Э. Г., Константину К., 1992) определения нормативного коэффициента половой идентичности для лиц мужского и женского пола и определения нарушений идентичности в количественном выражении (больше или меньше нормы).

Вместо единичного коэффициента идентичности предложены 6 коэффициентов, рассчитанных в различных возрастных группах (контрольная группа) и отражающих принятие себя в половозрастном аспекте.

Для каждого испытуемого рассчитывалось 6 значений предпочтений и отвержений по полу: 4 абсолютных — KF^{+}, KF^{-}, KM^{+}, KM^{-} и 2 относительных — F и M.

Согласно описанной выше процедуре, если среди предпочитаемых портретов в выборке субъекта оказались только женские портреты, то $KF^{+} = 1$; $KM^{+} = 0$. Если среди предпочитаемых портретов в выборке субъектов оказались только мужские портреты, то $KF^{+} = 0$; $KM^{+} = 1$. Если среди отвергаемых портретов оказались только женские, то $KF^{-} = 1$; $KM^{-} = 0$. Если среди отвергаемых портретов

оказались только мужские, то: $KF^- = 0$; $KM^- = 1$. Но так как значение F и M есть частное от деления, а делить на 0 нельзя, то в таких случаях вместо $KF^{\pm} = 0$, условились, что $KF^{\pm} = 0{,}01$; вместо $KM^{\pm} = 0$ условились, что $KM^{\pm} = 0{,}01$, т. е. равно значению минимального веса a_n следующего за a_6: $a_5 = 0{,}1$; $a_6 = 0{,}05$; $a_{min} = 0{,}01$.

Таким образом, «разброс» значений KF и KM составляет от 0,01 до 1. Следовательно, в описанных случаях мы имеем max и min значения F и M.

$$F_{max} = \frac{KF^+_{max}}{KF^-_{min}} = \frac{1}{0{,}01} = 100.$$

$$M_{max} = \frac{MF^+_{max}}{MF^-_{min}} = \frac{1}{0{,}01} = 100.$$

$$F_{min} = \frac{KF^+_{min}}{KF^-_{max}} = \frac{0{,}01}{1} = 0{,}01.$$

$$M_{min} = \frac{MF^+_{min}}{MF^-_{max}} = \frac{0{,}01}{1} = 0{,}01.$$

То есть разброс значений M и F — от 0,01 до 100.

Кроме вышеописанных коэффициентов предпочтений и отвержений по полу были рассчитаны взвешенные возрастные коэффициенты, отражающие возрастные предпочтения и отвержения выборов испытуемых.

Для этого был введен индекс j, обозначающий возрастную группу от первой до пятой (j = 1..., 5) и индекс V, соответствующий первой цифре номера карточки с портретом (V = 1..., 5).

Дополнительный показатель W_n, причем

$$W_n = \begin{cases} 1; V = j \\ 0; V \neq j \end{cases}.$$

В результате была получена формула для расчетов взвешенных возрастных коэффициентов:

$$B^+_j = \sum_{n=1}^{6} a_n + W_n, \quad j = 1\ldots, 5; \tag{7}$$

$$B^-_j = \sum_{n=1}^{6} a_n - W_n; \quad j = 1\ldots, 5. \tag{8}$$

где B^+_j — взвешенный возрастной коэффициент для предпочитаемых портретов, B^-_j — взвешенный возрастной коэффициент для отвергаемых портретов.

Оба коэффициента рассчитываются для каждой из 5 возрастных групп, таким образом мы получаем всего 10 значений: B^+_j — 1...5, и B^-_j — 1...5. Кроме того, воспользовавшись условием Q, возможно рассчитать половозрастные коэффициенты для каждой из 5 возрастных групп:

$$F^+_j = \sum_{n=1}^{6} a_n + W_n Q_F, \quad j = 1\ldots, 5; \tag{9}$$

$$F_j^- = \sum_{n=1}^{6} a_n - W_n Q_F, \quad j = 1..., 5; \qquad (10)$$

$$M_j^+ = \sum_{n=1}^{6} a_n + W_n Q_M, \quad j = 1..., 5; \qquad (11)$$

$$M_j^- = \sum_{n=1}^{6} a_n - W_n Q_M, \quad j = 1..., 5, \qquad (12)$$

где F_j^+ — половозрастной коэффициент предпочитаемых женских портретов в определенной возрастной группе, F_j^- — половозрастной коэффициент отвергаемых женских портретов в определенной половозрастной группе, M_j^+ — половозрастной коэффициент предпочитаемых мужских портретов в определенной возрастной группе, M_j^- — половозрастной коэффициент отвергаемых мужских портретов в определенной возрастной группе.

Разработанный математический аппарат позволяет получить результаты с помощью специальной оригинальной программы на ПК, а также возможна «ручная» обработка «сырых» данных по упрощенной схеме. Эта схема удобна для получения индивидуальных результатов при невозможности использовать ПК.

Вернемся к приведенному ранее в качестве примера выбору испытуемого:

+ 15.22.34.21.42.51,
– 52.56.14.44.31.12.

Здесь на первом месте среди предпочитаемых — портрет с кодом 15, он и будет иметь самый большой вес, а на последнем — 51, самый маленький вес. Среди отвергаемых портретов самый большой вес имеет портрет 52, а самый маленький — портрет 12. Данные удобно записать в виде табл. 6.

Таблица 6

Пример регистрации результатов при «ручной» обработке

+	15	22	34	21	42	51
–	52	56	14	44	31	12
n	1	2	3	4	5	6
a_n	0,3	0,2	0,2	0,15	0,1	0,05

Для получения коэффициента KF^+ складываем веса всех женских портретов среди предпочитаемых:

$KF^+ = 0,3 + 0,15 + 0,05 = 0,5.$

Для получения коэффициента KM^+ складываем веса всех мужских портретов среди предпочитаемых:

$KM^+ = 0,2 + 0,2 + 0 = 0,5.$

Аналогично получаем KF^- и KM^-:

$KF^- = 0,1;$

$KM^- = 0,3 + 0,2 + 0,2 +0,15 + 0,05 = 0,9.$

Следовательно:

$$F = \frac{KF^+}{KF^-} = \frac{0{,}1}{0{,}05} = 5;$$

$$M = \frac{KM^+}{KM^-} = \frac{0{,}5}{0{,}9} = 0{,}56.$$

Для вычисления возрастных коэффициентов без ПК удобно воспользоваться таблицами (7.1–7.3).

Таблица 7.1

Половозрастные коэффициенты

j	Предпочитаемые портреты		Отвергаемые портреты	
	KM^+	**KF^+**	**KM^-**	**KM^-**
1	0	0,3	0,05 + 0,2	0
2	0,2	0,15	0	0
3	0,2	0	0	0,1
4	0,1	0	0,15	0
5	0	0,2 + 0,3	0,2 + 0,3	0
Сумма	0,5	0,9	0,9	0,1

В табл. 7.1 записаны значения весов a_n в соответствии с возрастной группой и половой принадлежностью. Суммируя значения в вертикальных рядах, получаем коэффициенты $KM^{\pm}$ и $KF^{\pm}$.

Суммируя значения в горизонтальных рядах, получаем возрастные коэффициенты: B_j^+ — для предпочитаемых портретов, B_j^- — для отвергаемых портретов. Результаты представлены в табл. 7.2.

Таблица 7.2

Возрастные коэффициенты

j	B_j^+	B_j^-
1	0,3	0,25
2	0,35	0
3	0,2	0,1
4	0,1	0,15
5	0,05	0,5

Суммируя значения в ячейках табл. 7.1, получаем половозрастные коэффициенты, представленные в табл. 7.3.

Все получаемые результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (<x>); ошибки средней арифметической (Дх) и среднеквадратичного отклонения (у).

Таблица 7.3

Половозрастные коэффициенты (результаты)

j	M_j^+	F_j^+	M_j^-	F_j^-
1	0	0,3	– 0,25	0
2	0,2	0,15	0	0
3	0,2	0	0	– 0,1
4	0,1	0	– 0,15	0
5	0	0,05	– 0,5	0
Сумма	0,5	0,5	– 0,9	– 0,1

Статистические решения принимались на 5%-ном уровне значимости при двусторонней альтернативе для критерия Стьюдента.

Результаты анализировались с помощью ПК IBM/AT 486 DX4100 с использованием оригинальной программы, разработанной Э. В. Волковым. При работе использовался язык программирования Фортран, вычисления, построение графиков и таблиц выполнены в программе MS Excel V5.

Пример

Оля, 4 года.

Диагноз. Элективный мутизм.

На прием к психотерапевту приведена папой с жалобами на избирательность в общении. Девочка разговаривает только с членами своей семьи, на вопросы других взрослых не отвечает. Не играет с детьми на улице. Боязлива, скованна. Отстает в физическом развитии. Обращение к психотерапевту вызвано желанием отца определить дочь в дошкольное детское учреждение.

Анамнез. Родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Вес при рождении 3250 г. Роды физиологические, крик сразу. Грудное кормление до 1,5 лет. Детскими инфекциями не болела. Особого внимания заслуживает семейный анамнез. С первого взгляда бросилась в глаза необычная молодость отца. На вид молодому человеку было не больше 18 лет. Невысокий рост, юношеский голос, легкий пушок на щеках и подбородке. Ситуация прояснилась, когда он сообщил: «Я — и папа и мама одновременно». Оказалось, что «он» является биологической матерью девочки, сделавшей пластическую операцию по перемене пола два года назад (через два года после рождения дочери). «Папа» рассказал, что с детства не хотел быть девочкой, хотя рос в полной семье и имел младшую сестру. Девочки всегда казались «противными воображалами и плаксами», которые «сами ничего не могут». Хотелось быть независимым и сильным. В возрасте 17 лет узнал о возможности смены пола оперативным путем. Однако понимал, что после операции не сможет иметь детей, а иметь сына очень хотелось. С бывшим одноклассником, юношей флегматичным и ведомым, договорились об оформлении брака и рождении ребенка. После родов супруги развелись и больше не общались. Девочка родилась естественным путем. Завершив кормление грудью (было очень много молока), мать обратилась в соответствующие инстанции по вопросу изменения пола. Оперирована в 22 года. На момент обращения пластические операции почти завершены, постоянно получает гормональные препараты. Живет со своей матерью 48 лет (роди-

тели в разводе, отец проживает отдельно и с семьей не общается), бабушкой 80 лет и сестрой-студенткой 17 лет (бабушка не знает об операциях и продолжает называть его женским именем). А Олю в семье называют домашним именем, которое на слух воспринимается как мужское.

Психический статус. Во время беседы девочка постоянно на руках у папы. Выглядит испуганной. Гипомимична, малоэмоциональна, малоподвижна. Настроение представляется сниженным до степени депремированности. Отвечает избирательно, односложно, шепотом, и только если спрашивает папа. Сама вопросов не задает. В контакт с психотерапевтом не вступает. Знает свое имя, возраст, показывает (папе) предметы на картинках, некоторые буквы и цифры.

Неврологический статус. Без патологии.

Соматический статус. Девочка бледная, пониженного питания. Физическое развитие несколько отстает от календарного возраста. В остальном без патологии.

По просьбе психотерапевта на следующую встречу пришли втроем: папа (мама) с дочерью и бабушка девочки.

Обследование с помощью теста ВПР позволило выявить нарушение полоролевой идентичности у всех членов семьи (рис. 6).

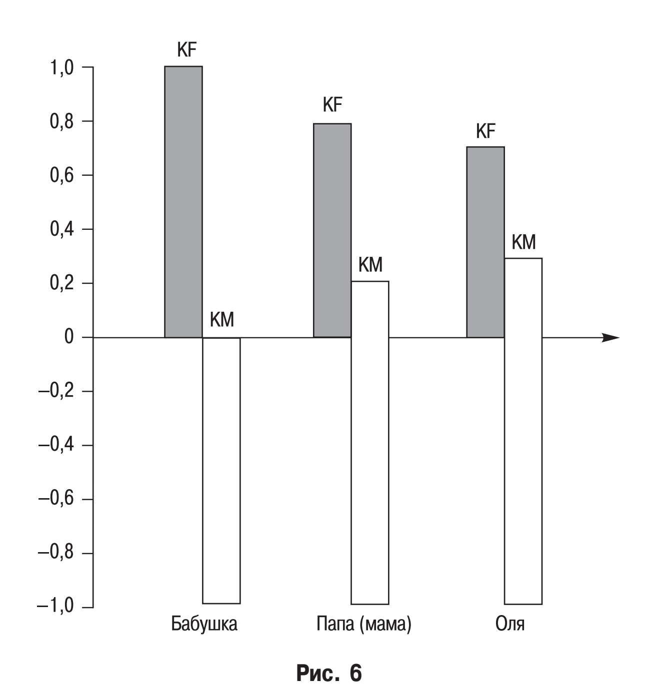


Рис. 6

Очевидна трансляция нарушений от поколения к поколению. Причем ее возможности у девочки значительно ниже, чем у взрослых. Это согласуется с данными Э. Г. Эйдемиллера (1994) об убывании адаптивных возможностей детей в дисфункциональных семьях. В приведенном примере проблемы девочки осложнились невозможностью адекватного формирования первичной полоролевой идентичности, так как в 2 года она фантастическим образом лишилась матери и не знает своего биологического отца.

Проводимая психотерапия была направлена на анализ причин, приведших к вышеописанным симптомам, и адаптацию девочки к крайне сложной семейной ситуации.

Папа (мама) соприкоснулся(ась) с собственными особенностями полоролевого взаимодействия и своими женскими стереотипами общения. Однако на когнитивном уровне желание стать мужчиной (а по сути — не быть женщиной) оставалось доминирующим. Семья прекратила психотерапию.

Катамнез через 2 года. Девочка посещает дошкольное учреждение, там общается избирательно. Говорит тихим голосом, стала веселее, физически окрепла. В семье младшая дочь родила дочь, с отцом ребенка не общается. Папа (мама) Оли — «единственный мужчина в семье», обеспечивает близких в материальном плане и считает себя главой семьи. Старенькая бабушка продолжает называть его женским именем.

Нарушения механизма эмоциональной идентификации в семье и методы его психотерапевтической коррекции

1. **Характерологические причины нарушений.** Трудности в формировании и поддержании отношений симпатии встречаются при определенных сильно выраженных нарушениях характера, в особенности шизоидном и неустойчивом. И тот и другой в наименьшей степени предрасположены к установлению теплых личных отношений с другими людьми (Личко А. Е., 1983). Противоречивы данные о представителях эпилептоидной акцентуации характера и психопатии. По данным одних исследователей, эпилептоиды способны и склонны к эмоциональным привязанностям, различным проявлениям симпатии к другим людям, и их и крайняя агрессивность, проявляющаяся в момент «эпилептоидных взрывов», не характерна для них в другое время (Leonhard K., 1981). Другие исследователи склонны считать эпилептоида человеком с пониженной способностью формировать отношения симпатии, агрессивным и эгоистичным (Личко А. Е., 1983).

2. **Неосознаваемые установки, ведущие к нарушению отношений симпатии.** Установки эти могут быть весьма различны по своей природе, объединяет их лишь то, что их существование противодействует проявлению и развитию симпатии. Наши наблюдения позволяют выделить две группы таких установок, которые чаще других встречаются при осуществлении семейной психотерапии.

Первая группа — это различные реакции индивида на собственное чувство симпатии. Ощутив, что другой человек пробуждает в нем положительные эмоции (восхищение, симпатию, нежность, желание сделать ему приятное, общаться с ним), люди реагируют на это по-разному. Одних это чувство симпатии радует, других — фрустрирует. С точки зрения семейной психотерапии особенно важны весьма многочисленные и разнообразные случаи, когда индивид склонен реагировать страхом на пробуждение у него чувства симпатии. Все эти случаи можно определить как «симпатофобии».

Нами была разработана методика выявления этого качества у супругов. Удалось выяснить, что во всех случаях симпатофобии имеется неосознаваемый конструкт, в котором существует связь между симпатией и страхом. Речь идет об уже обсуждавшихся выше наивно-психологических теориях, на основе которых индивид строит предположения о других людях и о возможных следствиях своих поступков по отношению к ним. Примеры симпатофобических суждений: «Если

человека любишь и не скрываешь этого, то он, скорее всего, начнет злоупотреблять этим»; «Если человек поймет, что ты его любишь, то он начнет командовать тобой»; «Если человек уверен, что я его люблю, то он распустится, перестанет следить за собой»; «Он начнет меньше уважать меня». Различные фобические установки по отношению к собственному чувству симпатии нередко значительно осложняют коррекцию нарушений отношений симпатии в семье.

Вторая группа неосознаваемых установок охватывает тенденции к разного рода искажениям симпатии. Тенденции эти нередко представляют собой «реликты» нарушений во взаимоотношениях в детстве и подростковом возрасте, которые, по нашим наблюдениям, особенно явственно проявляются как раз в родительских чувствах, в отношениях родителей к собственным детям. Подобные установки будут нами описаны в разделе, посвященном семейной психотерапии подростков.

Изучение стимульных образов и связанных с ними мотивов, которые обусловливают амбивалентность эмоциональных взаимоотношений членов семьи, дает возможность увидеть общую картину отношений в данной семье. Для коррекции неосознаваемых установок важную роль играют методы осознания, вербализации этих явлений и формирование у индивида способности правильно оценить их, обучение методам их регуляции. Все эти методы применительно к семейно-психотерапевтическим задачам будут рассмотрены в главе 3.

3. **Отсутствие у членов семьи навыков выявления у другого человека качеств, вызывающих симпатию.** Всевозможные пособия по организации семейной жизни настойчиво советуют своим читателям обращать основное внимание на положительные качества других членов семьи (Karnegy D., 1976). Действительно, если человек основное внимание уделит положительным качествам другого, то начнет ему симпатизировать и человек этот станет для него привлекателен. Между тем следовать этому совету не так-то легко.

Нередко приходится сталкиваться с парадоксальной ситуацией, когда у индивида сильно выражены потребности в симпатии определенного типа, однако у себя в семье он не находит для нее объекта. Пример — учительница, отдающая всю свою любовь ученикам, в то время как в ее собственной семье эта любовь не проявляется. В таких случаях перед психотерапевтом встает задача — помочь индивиду в формировании мыслительных навыков, необходимых для проявления присущего ему типа симпатии в семье. В нашей практике оправдал себя ряд методик достижения такой цели. Одну из них — «Навык симпатического отношения» — мы опишем несколько подробнее.

Во вводной части методики используется то обстоятельство, что лица, участвующие в семейной психотерапии, как правило, весьма заинтересованы в усилении своего влияния на других членов семьи. Психотерапевт с пониманием относится к этому желанию и стремится сформировать у индивида убежденность в том, что, для того чтобы оказывать влияние, необходимо очень хорошо знать человека, научиться на все смотреть его глазами, уметь хорошо представлять себе его мысли и чувства.

Основная часть — это работа члена семьи над заданиями. Так, Серафима З. вместе с группой работала над задачей: с сочувственным юмором и участием, почти с нежностью описать ощущения человека (большого неженки по характеру) в различные моменты семейной жизни. Например, он приходит домой, обувает домашние тапочки, бреется, радуется вновь приобретенному крему и пр. Когда рабо-

та над заданиями такого рода стала успешной, оказался возможным переход и к более сложным заданиям, которые на первом этапе вызвали бы значительное сопротивление: например, с тем же сочувственным юмором описать ощущения такого человека, когда он с коньяком и с сигарой принимает ванну. Ощущения эти требовалось передать как можно подробнее, конкретнее, нагляднее. Посвященное данной задаче групповое занятие оказалось чрезвычайно полезным не только для Серафимы З., но и для других членов группы — они также обучались способам формирования собственного отношения к другим членам семьи. Результатом занятий по данной методике было изменение отношений между супругами.

Таким образом, социально-психологические механизмы семейной интеграции играют значительную роль в жизни семьи, обеспечивая ее психологический иммунитет к различного рода фрустрирующим обстоятельствам и нарушениям ее жизнедеятельности. Семейные психотерапевтические мероприятия по коррекции и совершенствованию этих механизмов должны проводиться параллельно с мерами по выявлению и коррекции психотравмирующих нарушений в семье.

Семейные мифы

«Семейные мифы» — этот термин, предложенный А. Х. Феррейрой (Ferreira A. J. et al., 1966), обозначает определенные защитные механизмы для поддержании единства в дисфункциональных семьях. Синонимы его — понятия «верование», «убеждения», «семейное кредо», «ролевые ожидания», «согласованная защита», «образ семьи», или «образ “мы”», «наивная семейная психология» и др. (Мишина Т. М., 1978, 1983; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Ehrerwald J., 1963; Dicks H., 1967; Barker Ph., 1981; Nichols M., 1984).

В настоящее время «семейные мифы» исследуются с применением клинического и экспериментально-психологического методов в рамках психоаналитического понимания защитных механизмов, теории ролевого взаимодействия, когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии.

Т. М. Мишина (1983) первой ввела понятие «мы», или «образ семьи», под которым понимается целостное интегрированное образование — семейное самосознание. Одной из наиболее важных функций семейного самосознания является регуляция поведения семьи, согласование позиций отдельных ее членов. Адекватный «образ “мы”» определяет стиль жизни семьи, в частности супружеских отношений, характер и правила индивидуального и группового поведения. Неадекватный «образ “мы”» — это согласованные селективные представления о характере взаимоотношений в дисфункциональных семьях, создающие для каждого члена семьи и для семьи в целом наблюдаемый публичный образ — «семейный миф». Цель такого мифа — закамуфлировать те конфликты и неудовлетворенные потребности, которые имеются у членов семьи, и согласовать их идеализированные представления друг о друге.

С нашей точки зрения, в гармоничных семьях мы имеем дело с согласованным «образом “мы”», в то время как в дисфункциональных семьях — с семейными мифами.

Под «семейным мифом» многие исследователи понимают определенное неосознаваемое взаимное соглашение между членами семьи, функция которого состоит в том, чтобы скрывать от осознания отвергаемые образы (представления)

о семье в целом и о каждом ее члене (Мишина Т. М., 1978, 1983; Мягер В. К., 1978; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Эйдемиллер Э. Г., 1994; Skinner A., 1969; BingHall J., 1973). Эти авторы описывают такие мифы, как «проекция», «отказ», «расщепление», некоторые когнитивные селективные сценарии из «наивной семейной психологии» и те семейные мифы определенного содержания, которые наиболее часто встречались и встречаются в дисфункциональных семьях в СССР и современной России (Мишина Т. М., 1978, 1983; Эйдемиллер Э. Г., 1994).

Механизм психологической защиты «расщепление» выступает в двух формах (Dicks H., 1967). Первая встречается тогда, когда супруги имеют сходные личностные проблемы. При этом отвергаемые стороны представлений каждого из супругов о себе проецируются ими за пределы семьи и солидарно не принимаются обоими. Например, супруги с вытесняемыми сексуальными импульсами, испытывающие неосознаваемое беспокойство в связи со своими сексуальными потребностями, склонны создавать миф «Мы чистые, идеальные люди», а других людей считать «грязными», «распущенными» и распространять эту оценку на моральные устои общества в целом. При второй форме расщепления мы имеем дело с ситуацией, когда один из супругов ищет в другом те качества личности, которые бессознательно воспринимаются им как символ подавленных аспектов собственной личности (Dicks H., 1967, цит. по: Мишина Т. М., 1978). В этом случае суть взаимного запретного соглашения состоит в том, что каждый из партнеров неосознанно поддерживает в своем супруге проявление тех качеств, наличия которых в себе он не признает. Из-за этого вместо гармоничного согласия, в частности по диапазону сексуальной приемлемости, возникает стремление поощрять партнера на те формы поведения, которые сам индивид боится реализовать. В этой ситуации поиск путей к удовлетворению своих сексуальных потребностей сопровождается переживанием неуверенности, тревоги и вины.

Когнитивные аспекты самовосприятия членами семьи, создание согласованных представлений о семейном функционировании, базирующихся на когнитивных семейных сценариях, с помощью которых поддерживается семейное единство, рассматриваются в рамках когнитивной психологии и когнитивно-поведенческой психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Эйдемиллер Э. Г., 1990, 1994; Ellis A., 1977, 1981; Alexander J. F., Holtaworth-Munroe A., 1994). Когнитивные семейные сценарии — довольно долго существующий, динамичный и устойчивый к внешним влияниям образец деятельности лиц в определенном семейном контексте, который развился благодаря дифференциации и интеграции уже имеющихся элементов (установок, предписаний и убеждений, эмоционально-поведенческих реакций и др.) и может быть актуализирован, если возникнет потребность, при изменяющемся характере взаимодействия личности и среды.

С помощью разработанной нами диагностической и психотерапевтической процедуры «Наивная семейная психология» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990) удалось выявить у большинства членов семей, проходивших психотерапию, три относительно простые селективные когнитивные модели: «стимульная модель ситуации», «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи» и «накопление положительных качеств».

По нашим данным (Эйдемиллер Э. Г., 1994), у прародителей (дедов, прадедов, бабок и прабабок) и родителей детей с невротическими и психопатическими расстройствами распределение селективных когнитивных сценариев было следу-

ющим: «стимульная модель ситуации» встречалась в 40% случаев, «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи» — в 38% случаев, «накопление положительных качеств» — в 22%.

Для сравнения: в контрольной группе, которую составили 186 врачей, проходивших обучение на кафедре психотерапии Санкт-Петербургской академии последипломного образования, «стимульная модель ситуации» была отмечена в 10%, «борьба со злыми силами, искушающими члена семьи» — в 8%, «накопление положительных качеств» — еще в 10% (различия статистически значимы на уровне $p < 0{,}01$). В остальных 72% контрольной группы выявлены сложные, динамичные, многоэлементные, дифференцированные когнитивные сценарии, способствующие созданию адекватного динамического образа семьи.

По содержанию наиболее часто встречались у обследованных нами дисфункциональных семей следующие семейные мифы, предложенные А. Я. Варга (2001): «Мы — такая отличная семья, но другим не дано этого понять», «Он (ребенок) — такой поганец, что не стоит нашей заботы», «Он (ребенок, больной член семьи) — очень чувствительный и требует особого отношения. Мы живем ради него». Подобные семейные мифы, предъявляемые окружающим — учителям, знакомым, врачу-психотерапевту, — предполагают и определенную структуру семейных ролей: «семья с кумиром», «семья с больным человеком», «козел отпущения» и др. В основе этих мифов лежат неосознаваемые эмоции, которые определенным образом объединяют членов семьи, — вина, эмоциональная холодность, страх.

Самые часто встречающиеся семейные мифы

Один из семейных мифов был описан «Миланской группой системной семейной психотерапии» — итальянскими психотерапевтами Марой Сельвиной-Палаццоли, Джулианой Пратта, Джанфранко Чеккином, Луиджи Босколо в книге «Парадокс и контрпарадокс» (2002). Миф был назван «Один за всех и все за одного». Мы используем несколько иное название, более привычное и не вызывающее в памяти девиз мушкетеров: «Мы — дружная семья», этот миф широко распространен в российской культурной среде. В дружной семье не может быть открытых конфликтов, и уж тем более при детях. Сор из избы не выносится никогда. Отношения не выясняются, все конфликты замазываются. Принято чувствовать только любовь, нежность, умиление, жалость и благодарность. Остальные чувства — обида, гнев, разочарование и пр. — игнорируются или вытесняются. Проблемы начинаются тогда, когда кто-то из семьи оказывается неспособным игнорировать свои нормальные и неизбежные отрицательные чувства к родственникам. Он и становится идентифицированным пациентом. Тревожно-депрессивные расстройства, агрессивное поведение, анорексия — типичные проблемы **«дружной семьи»**.

В книге итальянских психотерапевтов описывается происхождение и развитие этого мифа, а также семейная дисфункция, которая наблюдалась в семье.

Семья арендаторов-фермеров, которые жили и работали на ферме в Центральной Италии до Второй мировой войны.

Семья была очень дружной. Понятно, что единство было необходимо для того, чтобы выжить в сельских условиях. В единстве — сила. «Семья считалась единственной гарантией выживания и сохранения достоинства. Уйти из семьи было равносильно эмиграции... без всяких средств или подготовки к этому. Это означа-

ло отсутствие помощи в случае болезни или неудач». Ранние браки очень поощрялись, потому что в семье появлялись работницы. Старшие сыновья женились на деревенских девушках. Младший сын еще не был женат к моменту начала Второй мировой войны. Младший сын уходит на фронт, после войны женится на городской женщине и привозит ее в родительский дом. Понятно, что ценность этого брака для женщины очень велика — после войны мужчин осталось мало. Этой женщине было очень важно быть принятой семьей мужа. Она становится идеальной невесткой — у нее со всеми хорошие отношения, она всем очень много помогает. Она оказывается рупором этого семейного единства. Впервые знание о том, «кто мы есть», вербально сформулировано: «Мы все — очень дружная семья». Тем временем умирают родители, жизнь «на земле» становится невыгодной и братья со своими семьями переезжают в город. Они начинают там строительный бизнес и очень в этом преуспевают. Переехав в город, они все селятся в одном доме. Они по-прежнему понимают, что в единстве сила, живут все вместе, определяют себя как дружную семью. Дела идут хорошо, и они переезжают в другой район, в один, но большой дом. Там уже у каждой семьи своя большая квартира. Но двери не запираются, и это единство, эта «дружба» продолжается. Подрастают дети — двоюродные братья и сестры. Семья ждет, что все они будут дружить друг с другом и любить друг друга. В семье не сравнивают и не выделяют детей, все дети — дети клана, дети одного — дети всех.

Идентифицированным пациентом в этой большой системе была младшая дочь младшего брата, девочка 14 лет, у нее была нервная анорексия.

Миланцы работали с этой семьей (рис. 7). На приеме все разговоры клиентов были про то, какие они все хорошие родственники, и как они все дружно живут, и как все дети — двоюродные братья и сестры — дружат между собой. Про заболевшую девочку было известно, что она самая красивая, «наша красавица» — так они про нее говорили. По ходу дела стало выясняться, что идентифицированная пациентка очень много времени проводит с ближайшей по возрасту кузиной. При этом она как-то странно себя ведет: когда вся семья ждет, что они куда-то вместе отправятся, то девочка идет нехотя. И по мере выяснения семейной ситуации оказалось, что между этими двумя кузинами происходит нечто непонятное. В их общении было то, что содержательно семейным мифом не описывалось: двоюродная сестра пациентки совершала разные недружественные поступки в отношении своей кузины — подкалывала ее, посмеивалась, вела себя неприятным для нее образом. Но то, что это были недружественные для нее поступки, могли понять только психотерапевты, потому что они не были включены в этот миф, не были включены в эту семейную систему. А внутри этой системы все происходящее объяснялось любовью и дружбой. (Это очень часто бывает. Кто не говорил своему ребенку: «Я тебе добра желаю. Все, что я делаю, я делаю для твоего же блага»? Обычно это говорится, когда ребенок обижен или расстроен.) Все, что происходило между девочками, естественно, осмыслялось пациенткой в терминах любви и дружбы, а ее чувства полностью противоречили этому осмыслению. Ей было нехорошо со своей кузиной, которую она в принципе должна была бы любить, но любви не испытывала. Поскольку девочка была внутри этого мифа и точно знала, что все поступки кузины продиктованы только любовью, она сделала вывод о том, что чувствует неправильно, неправильно что-то понимает, что она — неадекватна.

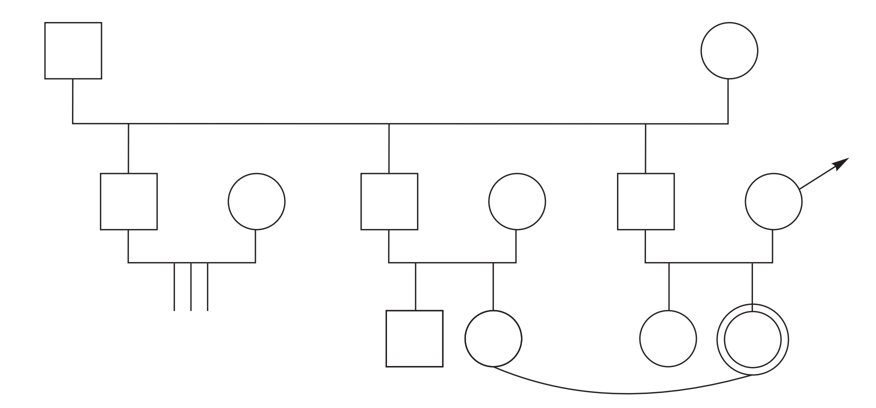


Рис. 7. Семейная генограмма. Выразитель семейного мифа подруги

Правило мифа «Мы — дружная семья» заключается в том, что тот, кто плохо подумает о родственниках — сам плохой. Способ самонаказания выразился в симптоматике. «Дружная семья» — миф, характерный для семей, переживших много потерь, для семей, живущих в диаспоре. Разлука кажется опасной — разлучившись, можно расстаться навсегда. Среда враждебна, несчастья подстерегают людей.

Завершая обзор темы «семейные мифы», следует подчеркнуть, что адекватный «образ “мы”» способствует целостной регуляции поведения членов (элементов) в динамичной системе семейного контекста, а неадекватный «образ “мы”» принимает форму «семейного мифа», способствующего поддержанию дисфункциональных отношений в семьях, в результате чего потребности личностей в росте и изменениях, в самоактуализации и кооперации оказываются неудовлетворенными, а семьи в целом ригидно воспроизводят свой прошлый опыт, мало учитывая изменения в большой системе — обществе.

Нарушение структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи

Удовлетворение потребностей членов семьи осуществляется в ходе их жизнедеятельности: материальных — в ходе хозяйственно-бытовой деятельности; потребностей в отдыхе, развлечении, саморазвитии — в сфере досуга; в формировании личности детей и подростков — в ходе воспитательной деятельности. Вся эта многообразная и многогранная деятельность семьи должна быть соответствующим образом организована.

Конкретной социально-психологической формой организации жизнедеятельности семьи является структура существующих в ней ролей. Именно она в основных чертах определяет, что, кем, когда и в какой последовательности должно делаться. Под «ролью» в психологии и социальной психологии чаще всего понимаются «нормативно одобренные формы поведения, ожидаемые от индивида, занимающего определенную позицию в системе общественных и межличностных отношений» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1985). Кроме самого поведе-

ния в понятие «роль» включаются также «желания и цели, убеждения и чувства, социальные установки, ценности и действия, которые ожидаются или приписываются человеку, занимающему в обществе определенное положение» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1985).

Это определение целиком относится и к семейным ролям «отец», «мать», «муж», «жена», «ребенок», «родственник». Так, от любой матери ожидается, что она будет заботиться о своих детях. В роль «матери» входит и комплекс чувств, важнейшее из которых — любовь к детям. Мать — это не только определенные чувства и поведение, но и цели, к достижению которых она должна стремиться, а именно — воспитать своих детей, вырастить из них достойных людей.

Роль — сложное образование. Кроме перечисленных моментов (действительное поведение; ожидаемое поведение; чувства; цели, к которым должен стремиться человек, выполняющий определенную социальную роль) в нее входят также санкции и нормы. Нормы — это «определенные правила, которые выработаны группой, приняты ею и которым должно подчиняться поведение ее членов, чтобы их совместная деятельность была возможна» (Андреева Г. М., 1980). Нормы определяют, что конкретно должно выполняться носителем роли: мать должна помогать детям в овладении различными умениями и навыками, контролировать их поведение, в случае необходимости — наказывать. Санкция — это реакция на выполнение или невыполнение роли. Осуждение окружающими матери, которая не любит своих детей, является именно санкцией. Особую роль играют внутренние санкции — наказание или поощрение за выполнение своей роли, исходящее от самого индивида. Мать, которая чувствует, что не любит своего ребенка, испытывает угрызения совести — вот пример внутренней санкции.

Весьма важное значение для изучения семейных ролей имеет дифференциация конвенциональных и межличностных ролей. Конвенциональные роли — это роли, определенные правом, моралью, традицией для любого человека. Например, права и обязанности любой матери по отношению к детям и детей по отношению к матери закреплены законодательно, они конкретизируются моралью и традицией. В результате самые общие требования и права установлены для любой матери, вне зависимости от ее личных особенностей, склонностей, способностей. Иное дело — межличностные роли (например, «любимчик»). Особенности выполнения роли в немалой степени зависят от конкретной семьи и индивида. Определяя разницу между конвенциональными и межличностными ролями, известный социальный психолог Т. Шибутани пишет: «Конвенциональные роли стандартизованы и безличны; права и обязанности остаются одинаковыми, независимо от того, кто эти роли исполняет. Но те, которые устанавливаются в межличностных ролях, целиком зависят от индивидуальных особенностей участников, их чувств и предпочтений» (Shibutani T., 1969). Так, например, два человека, занимающие одинаковые должности в одном учреждении (конвенциональная роль — «сотрудник»), могут в зависимости от своих личных особенностей выступить в межличностных ролях «друзья», «коллеги», «соперники», «ведущий» и «ведомый», «покровитель» и «покровительствуемый».

Как конвенциональные, так и межличностные роли в семье складываются под влиянием широкого круга обстоятельств: право, обычаи, моральные установки, а для межличностных ролей — еще и особенности личности членов семьи, условия, в которых семья живет. Однако какие бы факторы ни участвовали в возник-

новении роли, необходимо, чтобы сама она и вся система ролей в данной семье соответствовали определенным требованиям.

Во-первых, они должны создавать достаточно целостную систему. Если требования к представителю определенной роли противоречивы, возникают серьезные трудности при ее выполнении. Проблемы возникают также при противоречивости различных ролей, выполняемых одним и тем же индивидом. Очень много внимания в социологической и психологической литературе было уделено проблеме «двух ролей женщины», а именно тем трудностям, которые возникают при совмещении женщиной-матерью производственной деятельности с выполнением родительских и супружеских обязанностей. Очевидно, что перегрузка, возникающая в случае выполнения противоречивых ролей, нарушает жизнедеятельность семьи и отрицательно влияет на психическое здоровье (Гордон Л. А., Клопов Э. В., 1972).

Во-вторых, совокупность ролей, которые выполняет индивид в семье, должна обеспечивать удовлетворение его потребностей — в уважении, признании, симпатии. Например, роль мужа — это не только определенные обязанности, но и права. Выполняя эту социальную роль, муж ожидает любви, уважения, удовлетворения своих сексуально-эротических и других потребностей.

В-третьих, выполняемые индивидом роли должны соответствовать его возможностям. Когда требования при выполнении роли непосильны, в результате может возникнуть нервно-психическое напряжение, тревога (как следствие неуверенности в своей способности справиться с ролью). Пример этого — «ребенок, исполняющий роль родителя» в ситуации, когда в силу отсутствия родителей или их личностных нарушений родительские обязанности приходится брать на себя старшему из детей (Skynner A., 1976). В сочетании с определенными характерологическими особенностями (например, повышенное чувство ответственности) выполнение этой роли может оказать травматизирующее влияние.

В-четвертых, система семейных ролей, которые выполняет индивид, должна быть такой, чтобы обеспечить удовлетворение не только его потребностей, но и потребностей других членов семьи. Такая ролевая структура, при которой отдых одного члена семьи обеспечивается за счет непомерного труда и отсутствия отдыха другого, а разрядка эмоционального напряжения достигается путем его «вымещения» на другом, легко может стать психотравмирующей.

Понятно, что все нарушения ролевой системы семьи привлекают внимание специалистов по семейной психотерапии. Нередко при поиске источника психотравмирования выясняется, что им является роль, которую данный индивид играет в семье.

Одно из наиболее интересных направлений в современной семейной психотерапии связано с выявлением и изучением так называемых патологизирующих ролей в семье. Речь идет о межличностных ролях (не конвенциональных), которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на членов семьи. Таковы роли «семейного козла отпущения», «семейного мученика, без остатка жертвующего собой во имя семьи», «больного члена семьи» (Barker Ph., 1981). Значительную работу по выявлению таких ролей проделал Рихтер (Richter H. E., 1970).

В некоторых случаях один из членов семьи проигрывает социальную роль, которая травматична для него самого, однако психологически выгодна другим членами семьи. В других — члены семьи прямо или косвенно побуждают кого-то из

семьи принять на себя такую роль. Патологизирующая роль одного из членов семьи может быть травматичной для других, а не для него самого. Нередко оба типа ролей сочетаются между собой: один член семьи выполняет роль, патологизирующую его самого, другой — травматичную для остальных. Большой интерес семейных психотерапевтов самых различных направлений к проблеме патологизирующих ролей не случаен.

Во-первых, патологизирующая роль — весьма яркий пример ситуации, когда нарушение индивида обусловливается нарушением в семье, причем нередко во всей семье в целом. Указывается, что роль семейного «козла отпущения» возникает прежде всего потому, что вся семья, испытывающая конфликтные, фрустрирующие переживания, нуждается в «громоотводе» для разрядки своих эмоций (Vogel E., Bell N., 1960). Именно исследование всей семьи, а не только того ее члена, который имеет нервно-психическое расстройство из-за того, что ему приходится выполнять эту роль, может дать ответ на вопрос о причинах заболевания и о путях его излечения. Явление патологизирующих семейных ролей — весьма яркий аргумент в пользу необходимости как диагностики, так и лечения семьи в целом, а не только отдельного ее члена. «Семья как пациент» — таково название одной из книг Рихтера (H. E. Richter, 1970), посвященной описанию различных патологизирующих семейных ролей.

Во-вторых, концепция патологизирующих ролей активно используется для объяснения того, как нарушения семьи порождают те психические расстройства, которые наиболее часто попадают в поле зрения психиатров. Рихтер, Гросс, Минухин и другие исследователи используют ее для объяснения этиологии неврозов, декомпенсации психопатий, алкоголизма, острых аффективных реакций (Richter H. E., 1970; Gross G., 1974, Minuchin S., 1974). Все это побуждает внимательнее рассмотреть данную концепцию, дать ей критическую оценку.

К настоящему времени различными авторами выявлено и описано немало патологизирующих ролей. Кроме того, опубликован целый ряд работ, в которых описываются феномены, во многом сходные, хотя и имеющие иные обозначения (например, «стиль воспитания», когда речь идет о взаимоотношениях между родителями и детьми; «характер супружеских взаимоотношений», если описывается его неблагоприятное воздействие на психическое здоровье одного из членов семьи).

В то же время отсутствует обобщение и классификация описанных ролей. Нами предпринята попытка создания такой классификации. В основу ее положены два критерия: сфера жизнедеятельности семьи, нарушение которой связано с возникновением патологизирующих ролей, и мотив их возникновения.

Что касается первого критерия, то необходимо иметь в виду, что патологизирующие роли могут возникать в результате взаимодействия семьи с социальной средой или непосредственно в самой семье.

Возникновение патологизирующих ролей, связанное в основном с нарушением взаимоотношений семьи и ее социального окружения. В этом случае семья определенным образом изменяет свои отношения с соседями, с другими семьями, с родственниками, с государством и т. д., причем изменения эти таковы, что делают переход семьи к системе патологизирующих ролей необходимым. Таковы описанные Рихтером «семья-крепость», «семья с антисексуальной идеологией», «семья-санаторий», «семья-театр» и т. п. (Richter H. E., 1970). В центре «семьи-кре-

пости» — индивид с нервно-психическими расстройствами, которые выражаются в склонности к паранойяльным реакциям. Он использует свое влияние в семье для того, чтобы побудить других членов семьи принять его представление о том, что «все против нас», «на нас нападают — мы защищаемся». Это неизбежно приводит к перестройке отношений в семье: возникают межличностные роли «вождя» и «его соратников в борьбе». Эти роли могут оказаться патологизирующими, так как при наличии индивида с паранойяльными реакциями они способствуют закреплению и развитию нарушений, а «соратников» ставят в трудное положение, создающее значительное нервно-психическое напряжение.

Случаи, когда взаимоотношения семьи с социальным окружением не совсем обычны, разумеется, встречаются достаточно часто. Это, например, семья, многие годы ведущая судебный процесс, или семья, которая тратит необычно много сил для улучшения своего материального благосостояния; семья, полностью сосредоточенная на какой-то внесемейной деятельности или, напротив, полностью изолировавшая себя от окружающих. Естественно, что в таких семьях система межличностных ролей складывается под сильным влиянием взаимоотношений с социальным окружением. Если семья долгие годы ведет судебный процесс, то наибольшим авторитетом в ней пользуется тот ее член, который активнее всего участвует в этом процессе, более всех разбирается в юридических тонкостях. Однако не во всех таких случаях мы говорим о патологизирующих ролях, а только если сама перестройка отношений семьи с ее окружением понадобилась для того, чтобы семья перешла к взаимоотношениям, «условно желательным» для одного из ее членов.

Вышеупомянутая семья с «антисексуальной идеологией», описанная Рихтером, возникла под преимущественным влиянием индивида с нарушениями потенции. Точно так же «семья-театр», посвятившая всю свою жизнь борьбе за демонстративный престиж в ближайшем окружении, развилась под влиянием индивида, имеющего определенные психологические проблемы в реализации самооценки. Во всех подобных случаях нарушение взаимоотношений семьи с социальным окружением маскирует от самого индивида и от других членов семьи психическое нарушение наиболее влиятельного члена семьи. После принятия семьей той точки зрения, что в окружающем мире царит разврат и что долг всех людей — бороться с ним, особенности поведения члена семьи с нарушениями сексуальной потенции начинают выглядеть похвальной сдержанностью. Если члены семьи принимают точку зрения «все против нас», то личностное нарушение индивида с паранойяльным развитием, его подозрительность и нетерпимость перестают восприниматься членами семьи как отклонение. Напротив, они теперь выглядят как проявление трезвого ума и проницательности.

Мотивы, которые могут побуждать одного из членов семьи подталкивать ее к развитию системы патологизирующих ролей, разнообразны. Это может быть маскировка определенных личностных недостатков — стремление сохранить и защитить личностную положительную самооценку вопреки этим недостаткам (так происходит в семье с «антисексуальной идеологией»). Другой мотив — стремление удовлетворить какие-то потребности, противоречащие нравственным представлениям индивида и всей семьи (мотивом образования «семьи-крепости» может оказаться реализация желания безраздельного господства в семье).

Похожие изменения в семьях описывались и другими исследователями. Некоторые наблюдались и нами (Justickis V., 1984). Например, семья, многие годы

боровшаяся с различными организациями (в частности, со школой, а позднее с инспекцией и комиссией по делам несовершеннолетних, с участковым врачом и т. д.) за справедливое отношение к их сыну. Источником «несправедливостей» нередко было провоцирующее поведение сына. Стимулирование его поведения и борьба за справедливость составляли основное содержание жизни семьи, в центре которой был отец подростка — инвалид II группы. Психологическое исследование показало, что изменение взаимоотношений данной семьи с социальным окружением (возникновение отношений борьбы) и появление на этой основе системы патологизирующих ролей произошло в результате стремления отца компенсировать ощущение своей «ненужности», противостоять понижению своего социального статуса в семье. Возникшая система ролей оказалась патологизирующей прежде всего для подростка: она обусловила нарушения его поведения на фоне эпилептоидно-истероидной акцентуации характера.

Переход семьи к системе патологизирующих ролей, не связанный с ее взаимоотношениями с социальным окружением. Поводом для перехода может стать изменение представлений о личности одного из членов семьи (он же чаще всего оказывается жертвой) или о задачах семьи по отношению к одному или нескольким ее членам. Общая схема перехода семьи данного типа к патологизирующим ролям такова: у одного из членов семьи имеется нервно-психическое расстройство, и он прямо или косвенно меняет представления семьи о каком-либо другом ее члене, под влиянием чего возникает определенная перестройка ролей, причем именно такая, при которой нарушение «перемещается» на этого второго. Симптомы нервно-психического нарушения у первого члена семьи ослабевают или даже совсем исчезают, зато у другого появляются. Нередко при этом излечение последнего ведет к заболеванию первого.

Мотивы возникновения патологизирующих ролей такого типа могут быть различными.

- *Психологические проблемы*, возникающие в результате значительной выраженности у одного из членов семьи потребностей, несовместимых с его представлением о себе (агрессии, садизма, стремления привлекать к себе внимание). Такова описанная Рихтером семья, в которой отец больной девочки реализует несовместимые с его представлением о себе чувства агрессии по отношению к жене и вины перед дочерью путем преобразования ролевой структуры семьи. «Для блага дочери» он начинает заниматься внеурочной работой, лишая тем самым себя возможности непосредственно за ней ухаживать, а свою заботу начинает проявлять в тираническом руководстве женой, осуществляющей уход, ставя перед ней немыслимые требования и категорически заставляя их выполнять: «ради спасения ребенка мать должна быть готова на все». Такое изменение внутрисемейных ролей привело к «исцелению» мужа, так как дало ему возможность беспрепятственно удовлетворять обе свои потребности. Оно же привело к возникновению у жены нервно-психического расстройства (Richter H. E., 1970).
- *«Замещающее удовлетворение потребностей»*. В этом случае причиной перехода к патологизирующим ролям становится стремление удовлетворить собственную потребность с помощью другого лица. Травматизирующая роль — «ребенок-вундеркинд», «ребенок — надежда семьи» — нередко быва-

ет связана со стремлением родителей замещающим образом удовлетворить собственные неудовлетворенные потребности. В прошлом у таких родителей — недостаточная реализация карьеры, различным образом сформировавшееся ощущение своей неполноценности и желание через идентификацию с ребенком все это компенсировать. Требования к ребенку непомерно возрастают, отношение к нему со стороны родителей ставится в сильную зависимость от его успехов в какой-либо сфере (различных престижных видах спорта, искусстве и т. п.). Стремление замещающим образом удовлетворить потребности, которые в норме должны быть адресованы другому члену семьи (например, супругу), наблюдается при так называемом «расширении сферы родительских чувств» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987). В случаях, когда супружеские отношения оказываются по какой-либо причине нарушенными (развод, длительное отсутствие, смерть одного из супругов) или не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (несоответствие характеров, эмоциональная холодность), возникает тенденция удовлетворить эти потребности в отношениях с ребенком (как правило, противоположного пола). В этом случае ребенок вовлекается сначала в роль «партнера», а позднее, когда у него нарастает реакция эмансипации, а у родителя усиливается желание удержать его при себе, — в роль «ребенка, нуждающегося в опеке». Подобные роли будут подробнее рассмотрены в разделе, посвященном подростковой семейной психотерапии.

- *Влияние механизма проекции на возникновение патологизирующих ролей*. Психологический механизм проекции заключается, как известно, в «неосознанном наделении другого человека присущими данной личности мотивами, чертами и свойствами» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г., 1985). Классический пример этого защитного механизма: индивид, испытывающий чувство агрессии по отношению к другому и в то же время убежденный в аморальности такого чувства, находит выход из этого противоречия в том, что приписывает агрессивность другому («Это не я к нему плохо отношусь, а он ко мне»). Нередко собственные недостатки или несовместимые с нравственными представлениями желания приписываются другому лицу для того, чтобы создать у самого себя иллюзию борьбы с ними («Раз я борюсь с этим недостатком у других, значит, у меня самого его нет»). Такие явления могут наблюдаться и в семейных взаимоотношениях. С точки зрения концепции патологизирующих ролей интерес представляют случаи, когда один член семьи не только приписывает собственные недостатки другому, но и использует свое влияние для того, чтобы добиться преобразования семейных ролей. В результате его усилий другой член семьи действительно начинает выполнять одну из ролей, для носителей которых характерен «необходимый» недостаток. Это может быть роль «трудновоспитуемого», «проблемной личности», «позора семьи». Рихтер описал патологизирующую роль «негативного “Я”». На ряде примеров он проследил, как один из членов семьи ставит другого перед необходимостью «стать плохим», «стать проблемным». Когда это удается, первый начинает бороться с «недостатками» второго (Richter H. E., 1970).
- Патологизирующие роли могут возникать под влиянием *желания избавиться от давления собственных нравственных представлений*. Данный вид пато-

логизирующих ролей мы нередко наблюдали в клинике алкоголизма. Это роли «опекуна» («спасителя») и «опекаемого» («спасаемого»). В отличие от ранее рассмотренных ролей, которые создают легальную возможность удовлетворения «запретной» (несовместимой с нравственными представлениями) потребности за счет другого лица, эти роли обеспечивают «псевдорешение» психологического конфликта потребности с нравственными представлениями другим способом: за счет навязывания функций социального контроля над проявлениями «запретного влечения» другому лицу. В случае алкоголизации все усиливающееся влечение к алкоголю не может не вызвать у самого алкоголизирующегося широкого круга мотивов, противодействующих этому. Это и опасения за свое здоровье, и нарастающее осуждение со стороны окружающих, и его собственные нравственные запреты. Результатом оказывается тяжелый конфликт между этими мотивами и влечением, который нередко разрешается алкоголиком путем преобразования структуры семьи, формирования ролей «опекуна», «спасителя», «контролера» — члена семьи, который берет на себя функции контроля над индивидом, спасения его от алкоголизации. Чаще всего это жена или мать, которые получают за индивида заработную плату, ругают его в случае выпивок, прячут спиртное, если оно имеется в доме, следят за тем, чтобы индивид не встретился с собутыльниками, и т. п. Сам же алкоголизирующийся при этом принимает роль «опекаемого», при этом он освобождается от страхов и угрызений совести, связанных с алкоголизацией (ведь теперь ответственность за это лежит на другом члене семьи), и все его помыслы сосредоточиваются на удовлетворении своего влечения к алкоголю. Одним из характерных признаков такого положения дел в семье является заметное расхождение между невербальным и вербально выражаемым отношением индивида, злоупотребляющего алкоголем, к «опекуну». На словах такой индивид признает значение усилий супруги или матери, говорит, что они «спасают» его от алкоголизма, что без них он «пропал бы». В действительности же все его помыслы сосредоточены на том, чтобы обмануть их и добыть спиртное. Психотравматизм данной роли связан в первую очередь с тем, что оставляет индивида безоружным перед собственным влечением, снимает с него чувство ответственности. Эта безоружность проявляется особенно сильно, когда происходит распад семьи и контроль «опекуна» прекращается. Как правило, в этот момент темпы алкоголизации значительно нарастают.

Таким образом, к настоящему времени выделено немалое количество патологизирующих ролей, дано их описание. Явление, описанное различными исследователями, действительно существует, что подтверждается и нашим опытом проведения семейной психотерапии. Из всех семей, проходивших семейную психотерапию, 23% имели патологизирующие семейные роли в качестве основного или дополнительного симптома. Ситуации, когда один из членов семьи использует свое влияние для того, чтобы побудить других играть межличностные роли, нужные ему для удовлетворения своих потребностей, встречаются в жизни широкого круга семей; они бывают преходящи, кратковременны, возникают как реакция на повышение нервно-психического напряжения в семье. Из этого следует, что практический врач или психолог, столкнувшись с тем, что семья пациента поддерживает необычные отношения с окружением или упорно усматривает у одного из

членов семьи (например, пациента) недостатки и отрицательные качества, которыми он не обладает, или если семья осуществляет контролирующую опеку одного из своих членов, должен проверить, нет ли системы патологизирующих ролей и не является ли это следствием действий одного из членов семьи.

В то же время нынешнее состояние рассматриваемой концепции оставляет и определенное чувство неудовлетворенности. Пока мы пользуемся только феноменологическим описанием. На многие вопросы нет ответа. Это, в первую очередь, вопрос о причинах и предпосылках развития данного явления в той или иной семье. Действительно, потребности, которые не могут быть удовлетворены, поскольку противоречат нравственным представлениям индивида, существуют, по-видимому, в любой семье. Непонятно, однако, почему патологизирующие роли возникают только в некоторых семьях.

С этим вопросом связан и другой, не менее важный: какие существенные психологические явления обусловливают возникновение патологизирующих ролей? Если эти явления носят случайный характер, то и явление, ими обусловливаемое, должно встречаться достаточно редко. Нуждается в уточнении вопрос о том, каково соотношение патологизирующих семейных ролей с другими явлениями, в особенности с обычными защитными механизмами, хорошо известными и неоднократно описанными в литературе. Что такое патологизирующие роли — новая разновидность защитных механизмов или особое проявление уже известных?

Ответы на эти вопросы требуют более глубокого понимания механизма патологизирующих ролей. Нами предпринята попытка на основе обобщения работ других авторов, описывающих патологизирующие роли, а также собственных наблюдений предложить концепцию структуры этих ролей, задача которой — очертить круг явлений, участвующих в формировании и проявлении любой патологизирующей роли, и значение каждого из них.

Потенциальные роли в семье. Под потенциальными ролями понимаются такие, которые в семье актуально не исполняются и, вполне возможно, не исполнялись никогда, но член семьи имеет определенное представление о них и они проявляются при появлении соответствующих обстоятельств. Так, например, роль «больного» в семье может никогда не стать актуальной, если в ней все здоровы. Однако она существует как потенциальная, поскольку члены семьи, как правило, имеют представление о том, что произойдет, если в семье кто-то заболеет. Даже самый младший член семьи может знать, что за ним будут ухаживать, в его присутствии говорить тихо, стараться не беспокоить и т. д.

Потребности, удовлетворение которых в условиях данной семьи приводят к нарушению нравственных представлений. Как было видно при обзоре видов патологизирующих ролей, всегда в их основе — попытка удовлетворить какую-то потребность (выражение агрессии, садизма, супружеско-эротических чувств, влечение к алкоголю и др.) вопреки нравственным представлениям индивида, а точнее, в обход их.

Используемое свойство потенциальной роли — это такая ее особенность, которая обеспечивает возможность удовлетворения потребности, противоречащей нравственным представлениям индивида. Например, о матери больного ребенка известно, что она должна сделать все, чтобы спасти его, не считаясь со своими силами и здоровьем. Роль тиранического опекуна существовала в описанной Рихтером семье как потенциальная, одна из многих других потенциальных ро-

лей, известных членам семьи. Эта роль была избрана мужем для реализации агрессивного отношения к жене. Точно так же принятие другой семьей антисексуальной идеологии и возникновение в ней ролей борцов за сексуальную чистоту было не случайным. Выбор членом семьи, имевшим нарушения половой функции, именно этой роли связан с ее свойством — служить оправданием его сдержанности и пассивности в сексуальной сфере («раз я борюсь с развратом, то должен ограничивать проявления секса в своей семье»). Отец, враждебно настроенный по отношению к подростку (например, неосознанно ревнующий его к матери), выбирает по отношению к нему роль строгого воспитателя. Как раз эта роль расширяет возможности выражения агрессии к подростку. Таким образом, для возникновения патологизирующих ролей необходимо как минимум наличие двух факторов: неудовлетворенной потребности и потенциальной роли, имеющей подходящее свойство.

Психологическое сопротивление членов семьи принятию патологизирующей роли. Как видно из описания патологизирующих ролей, один из членов семьи бывает заинтересован в переходе к ним тем сильнее, чем острее и дискомфортнее его проблема. Для других членов семьи этот переход обычно означает нарастание нервно-психического напряжения, снижение удовлетворенности жизнью семьи. Не менее важно и то, что он, как правило, связан с искаженным представлением об окружающей социальной действительности («все против нас», «кругом царит разврат») или об отдельных членах семьи («он — закоренелый хулиган», «у него необыкновенные таланты»). Переход к «защитному», искажающему действительность представлению о мире сталкивается, однако, с навыком реального восприятия действительности. Нелегко поверить, что весь мир настроен враждебно, если индивид ясно видит, что это не так.

Все это создает значительное сопротивление членов семьи переходу к системе патологизирующих ролей. Дополнительным источником сопротивления является и то, что во многих случаях члены семьи осознают возможность злоупотребления потенциальной ролью в своих эгоистических интересах. Приведем характерное высказывание матери подростка с нарушением поведения (на фоне декомпенсации истероидной психопатии) о своем сыне: «Он с детства любил прикинуться больным и бедненьким». Это высказывание свидетельствует о том, что и мать и сын отдают себе отчет в возможностях потенциальной роли «тяжело больного члена семьи». Разумеется, если члены семьи осознают возможность злоупотребления потенциальной ролью, их сопротивление переходу к патологизирующим ролям будет большим.

Преобладание влияния индивида, заинтересованного в переходе к системе патологизирующих ролей. Для того чтобы вопреки психологическому сопротивлению семья все же перешла к патологизирующим ролям, нужно, чтобы у лица, заинтересованного в этом, был немалый перевес в возможностях воздействия на других членов семьи, на их поведение, чувства, мысли. Чем выше авторитет данного индивида в семье, тем больше зависимость семьи от него; чем выше его волевые качества, тем вероятнее, что, несмотря на сопротивление, патологизирующие социальные роли все же будут приняты.

«Ключевой факт» — это основное представление, искажение которого обусловливает переход к патологизирующим ролям. Для формирования семьи типа «крепость» нужно, чтобы все ее члены признали, что все действительно настроены

против них. Для того чтобы начала действовать роль «мать тяжелобольной девочки», и отец и мать должны поверить, что болезнь на самом деле очень серьезна. Супруга или мать, взявшие на себя роль «опекуна», должна поверить в возможность спасти алкоголика с помощью контроля над его поведением. Нередко ключевым фактом является приписывание одному из членов семьи определенного качества. Так, приписывание агрессивности подростку необходимо, чтобы отец начал соответствующим образом относиться к нему. В любом случае ключевой факт — это факт, искажение которого имеет наиболее важное значение для возникновения нарушения ролевой структуры.

Итак, патологизирующая роль — следствие взаимодействия ряда предпосылок. Необходимо, чтобы имелась неудовлетворенность определенных потребностей; чтобы в репертуаре «потенциальных ролей» семьи была роль с таким свойством, которое обеспечило бы возможность «легального» удовлетворения «нелегальной» потребности; чтобы влияние лица, заинтересованного в переходе к системе патологизирующих ролей, оказалось достаточно сильным для преодоления источников психического сопротивления. Для возникновения этой роли необходимо, чтобы у семьи имелся целый ряд свойств — отсутствие (либо сознательное разрушение в ходе семейной психотерапии) любого из них ведет к тому, что патологизирующая роль становится невозможной. Например, ослабление влияния индивида, заинтересованного в переходе к системе патологизирующих ролей, приводит к ослаблению или разрушению этой системы. Аналогичный эффект может быть достигнут мерами по усилению психического сопротивления членов семьи или коррекцией влечения, несовместимого с нравственными представлениями индивида, — ослабление этого влечения также может привести к исчезновению патологизирующей роли.

Принципы психотерапевтической коррекции патологизирующих ролей

Задача психотерапевта — добиться разрушения патологизирующей системы ролей в семье. Опыт работы с семьями, где патологизирующие роли были основным или побочным нарушением, показывает, что, несмотря на разнообразие случаев, с которыми приходилось иметь дело, существует определенная, наиболее предпочтительная последовательность действий психотерапевта.

Психотерапевтическую работу начинают обычно с тем членом семьи, который более всего страдает от системы патологизирующих ролей. Это, например, индивид, выполняющий роль «козла отпущения» («громоотвода»), «неисправимого», «спасителя». Во-первых, именно он в начале семейной психотерапии является «носителем семейных симптомов», т. е. более других обнаруживает признаки нервно-психического расстройства. У индивида, заинтересованного в возникновении патологизирующих ролей, нервно-психическое расстройство оказывается компенсированным за счет других членов семьи.

Во-вторых, именно член семьи, более всех страдающий от патологизирующих ролей, наиболее мотивирован к психотерапии, наиболее заинтересован в исцелении. С этим членом семьи проводится в первую очередь работа, содействующая нарастанию его влияния в семье, и особенно на того члена семьи, который более заинтересован в сохранении патологизирующих ролей. Создаются психологиче-

ские предпосылки для уменьшения и снятия описанного выше перевеса влияния этого заинтересованного в патологизирующих ролях члена семьи.

Поставленной цели можно достигать разными способами. Опишем методику, названную «Расширение влияния» (РВ). Методику эту можно было бы также назвать «обучающим интервью», так как она представляет собой план беседы с носителем патологизирующей роли и преследует цель обучить его путям и методам оказания психологического воздействия. Методика включает четыре этапа.

Первый этап (мотивационный) ставит цель — пробудить у носителя патологизирующей роли стремление увеличить свое влияние в семье и особенно на того члена семьи, который заинтересован в существовании патологизирующих ролей. Используются наводящие вопросы: «В какой мере другие члены семьи учитывают ваши желания?»; «Чего вы желали бы от других членов семьи, если бы имели большее влияние на них?»; «Чего вы желали бы, если бы имели очень большой авторитет в семье?»; «Чего вы хотели бы, если бы вам были очень обязаны (например, жизнью)?» Пациенту предлагается сформулировать все пожелания и просьбы, которые были бы высказаны в этом случае. Типичные ответы носителя патологизирующей роли обычно выражают желаемое направление изменения взаимоотношений в семье — в первую очередь с тем, кто заинтересован в сохранении таких ролей: «Я хотел бы, чтобы он лучше ко мне относился»; «Чтобы отстал от меня, не придирался»; «Слушался бы меня»; «Не имел бы привычки срывать на мне злость»; «Понял бы, что я тоже человек».

На этом этапе член семьи, с которого начинается психотерапия, прежде всего осмысляет свое желание изменить отношения в семье, неудовлетворенность существующим положением дел, а также тот очень существенный факт, что для изменения отношений в семье необходимо желание другого члена семьи (того, кто заинтересован в сохранении патологизирующей роли). Опыт показывает, что осознание своей неудовлетворенности и своего желания изменить существующее положение нередко оказывается нелегкой задачей. В ходе этого этапа возникает страх перед высказыванием своих пожеланий, боязнь, что другие члены семьи о них узнают, что все будет каким-то образом передано им. В некоторых случаях в начале мотивационного этапа приходится идти на определенное обезличивание задаваемых вопросов (например, таким образом: «Если бы на вашем месте оказался такой же человек, как вы, чего бы он больше всего хотел?»).

Выслушивая ответы, психотерапевт стремится побудить отвечающего как можно лучше представить себе, вербализовать и эмоционально пережить как возможную просьбу, так и те изменения в семейных отношениях, которые возникли бы в случае ее выполнения. Создаются условия для того, чтобы в ходе ответов на данные вопросы выразить отрицательные эмоции (прежде всего страх, стыд и агрессию), которые вызывает у члена семьи сама возможность выразить свое пожелание, оказать влияние на другого члена семьи.

Второй этап. Обучение носителя патологизирующей роли поиску методов воздействия на того члена семьи, который заинтересован в ее сохранении. Этап начинается с просьбы психотерапевта назвать какое-то не слишком важное дело, лучше всего семейное, которое член семьи, заинтересованный в сохранении патологизирующих ролей, очень не любит выполнять. Обычно называются такие дела, как «убирать комнату», «долго ждать», «идти в какое-либо учреждение улаживать семейные дела», «навещать кого-то из родственников». Затем предлагается

составить список людей, с которыми этот член семьи чаще всего имеет дело; в этот список обычно включаются ближайшие родственники и друзья. Далее предлагается представить себе, как каждый из людей, включенных в список, уговаривает члена семьи, заинтересованного в сохранении патологизирующей роли, выполнить это «нелюбимое дело» и как эти люди будут вести себя в случае отказа или согласия.

Приведем в качестве примера ответы матери 14-летнего подростка-токсикомана. Патологизирующая роль матери — «спасительница сына». Названное матерью нелюбимое дело, которое сын очень не любит выполнять, — это убрать свою собственную комнату. В число лиц, наиболее часто общающихся с подростком, мать включила себя, друга сына, дядю (бывшего морского офицера), бабушку. Ситуацию, когда каждый из них будет уговаривать подростка, она описала следующим образом: «Я сначала просто сказала бы ему, что надо убрать комнату, а потом начала бы ругаться. Он бы разозлился, хлопнул дверью и убежал. Николай (друг), наверно, говорил бы иначе. Он бы сказал так: “Слушай, стоит ли из-за такой ерунды еще спорить? Сделай — раз-два, убери, раскидай по местам — и делу конец”. Дядя говорил бы поучительным тоном: “Ты же мужчина. Настоящий мужчина должен матери помогать!” Бабушка разговаривала бы с ним очень ласково, ведь он у нее любимчик: “Сделай, внучек, ну ведь я тебя прошу”. После того как член семьи (в данном случае — мать) охарактеризовал манеру каждого в ситуации оказания влияния, психотерапевт просит проранжировать всех охарактеризованных лиц: кого скорее всего послушается индивид (в нашем примере — сын).

Основные результаты этого этапа: осознание членом семьи, с которым проводится психотерапия, того, что возможно по-разному оказывать влияние на других членов семьи, и того, что окружающие люди также решают задачу поиска психологического подхода.

Третий этап (*обобщающий*). Его цель — помочь членам семьи понять психологические особенности индивида, заинтересованного в сохранении патологизирующих ролей, в особенности те, которые можно использовать для оказания влияния на него. Делается это с помощью серии вопросов, которые задает психотерапевт, основываясь на результатах предыдущего этапа. Обсуждая вместе с членом семьи, каким образом другие люди убеждали бы индивида, заинтересованного в сохранении патологизирующих ролей, выполнить нелюбимое дело, психотерапевт задает вопросы о тех качествах, которые заставили бы его согласиться с убеждающим.

В нашем примере (мать подростка-токсикомана) это выглядит так: после описания того, что скажет друг, психотерапевт спрашивает у матери: «Ваш сын действительно стыдится спорить из-за пустяков? Правда ли, что ему бывает очень неудобно, если его уличат в этом?» Обсуждая предполагаемые слова дяди, психотерапевт спрашивает мать: «Это правда, что ваш сын очень хочет выглядеть мужчиной?» Далее психотерапевт просит мать как можно подробнее охарактеризовать эту особенность сына, интересуется, кто и как ее использует, при этом он всячески старается активизировать деятельность матери, направленную на осмысление, представление тех психологических особенностей сына, которые нужно использовать для оказания воздействия на него.

Четвертый этап (*этап пробного изменения*). Психотерапевт обсуждает вместе с членом семьи — носителем патологизирующих ролей — желания, которые были высказаны на первом этапе в отношении влияния на другого члена семьи. Выби-

рается одно из них, обсуждаются возможности его реализации, причем обычно речь идет о наиболее реальном, осуществимом. Перед членом семьи ставится задача — добиться поставленной цели в какомто небольшом аспекте взаимоотношений. Делается это для того, чтобы в результате психотерапии возросла его способность оказывать влияние, чтобы он «почувствовал свою силу». Успех четвертого этапа, как правило, запускает процесс изменений в семье, процесс интенсивного поиска носителем патологизирующей роли путей оказания воздействия на лицо, заинтересованное в сохранении этой роли. В результате постепенно ликвидируется перевес во влиянии последнего.

Одновременно носитель патологизирующей роли участвует в психотерапевтических занятиях, направленных на снятие искажения ключевого факта. Наиболее целесообразно проведение групповых занятий, в ходе которых проводится обсуждение анонимных случаев семей с патологизирующими ролями (Либих С. С., 1974). В ходе обсуждения психотерапевт обращается к участникам с вопросом: искажение каких представлений членов семьи оказывается необходимым для принятия патологизирующей роли?

Успех психотерапии с членом семьи — носителем патологизирующей роли: уменьшение или ликвидация «перевеса влияния» ведут к постепенному исчезновению этой роли. Это фрустрирует члена семьи, заинтересованного в сохранении ее, порождает обеспокоенный интерес к психотерапии, который и оказывается исходным пунктом привлечения его к психотерапии. В этот период нередко усиливается давление со стороны члена семьи, заинтересованного в сохранении этой роли, на носителя (бывшего носителя) патологизирующей роли, чья стойкость и твердость на этом этапе — весьма важная предпосылка успеха. Основная задача, которая возникает перед семейным психотерапевтом на этом этапе, — добиться от члена семьи, заинтересованного в сохранении патологизирующих ролей, осознания собственных нервно-психических нарушений и необходимости психотерапии, что оказывается непременным условием дальнейшей индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на его излечение.

Этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования при пограничных нервно-психических расстройствах личности: основная парадигма семейной психотерапии

Народная мудрость гласит, что яблоко от яблони недалеко падает и что грехи родителей ложатся на плечи детей. Проблема передачи патологии от поколения к поколению интересовала семейную психотерапию с момента ее возникновения. Подходы к ее решению мы находим в рамках семейного психоанализа (теория объектных отношений), проблемно-решающей психотерапии (поведенческие последовательности), в парадигме семейной системной психотерапии.

В данном разделе мы хотим обсудить результаты наших исследований, на основании которых разработана концепция патологизирующего семейного наследования (Эйдемиллер, Юстицкий, 1990; Эйдемиллер, 1992, 1994).

Нами установлено, что сквозной психологической проблемой, связывающей три поколения в семьях больных пограничными нервно-психическими расстройствами личности, оказалось преобладание эмоционального отвержения со стороны значимых лиц в отношении членов семьи, находящихся в зависимом положении, — детей, внуков, пожилых лиц, больных.

У прародителей и родителей наиболее часто встречались неосознаваемые личностные установки, формирующие у них эмоциональное отвержение детей и близких: неразвитость родительских чувств, проекция на близких собственных нежелательных качеств, неприятие детей по полу и др. В результате этого у больных неврозами закладывались следующие личностные параметры: эгоцентрическая направленность личности, незрелость когнитивной и эмоциональной сферы, нарушения полоролевой идентичности, пять наиболее часто встречающихся в преморбиде типов акцентуаций личности: эмоционально-лабильный, демонстративно-гиперкомпенсаторный, астенический, тревожно-мнительный и инертно-импульсивный.

Впервые нами установлена структура этих типов акцентуации личности, состоящая из шести компонентов, находящихся в тесной функциональной связи: I — базисные черты; II — когнитивные стили и сценарии; III — самооценка и образ «Я»; IV — психомоторика; V — социальное «Я»; VI — регрессивные роли и типы психологической защиты.

Эти данные получены с помощью метода включенного наблюдения во время психотерапии и клинико-биографического и психологического методов, причем в последнем использован ряд оригинальных психологических методик.

Для диагностики типов акцентуации личности и образа «Я» использовали метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам (Эйдемиллер, Э. Г., 1973) (см. приложение 10).

Шкала РА была создана для облегчения процедуры дифференциальной диагностики вариантов нормы в форме акцентуаций характера (личности) у подростков и патологического заострения характера, достигающего степени психопатии.

Основной онтогенетической осью, которая формируется на протяжении всех возрастных периодов жизни человека и таким образом соединяет их, является личностно-характерологическая. В происхождении ее сочетанно участвуют две составляющие: конституционально-биологическая (темперамент) и социализирующая (семейное и внесемейное воспитание).

Нами предложен термин «личностные радикалы», применимый к детям и характеризующийся относительно устойчивой связью базисных и социально привитых черт.

Термин «акцентуации личности», предложенный К. Леонгардом (Leonhard K., 1962, 1981) применим к другим возрастным группам. Принципиальное отличие личностных радикалов от акцентуаций личности заключается в том, что последние характеризуются большим количеством элементов и связей, входящих в них.

По нашему мнению, термины «личностные радикалы» и «акцентуации личности» отражают две стороны одного явления. Для исследователя — это рамки и профили, которые определяют сочетание признаков, попадающих в поле сбора информации, а для субъекта — это сочетание базисных и социально привитых черт, обеспечивающее константность личности и объем ее адаптивных возможностей.

Акцентуированные личности, будучи вариантом нормы, отличаются от гармоничных усилением/ослаблением черты или черт, вследствие чего обнаруживается повышенная/пониженная фрустрационная толерантность в отношении определенных стрессовых ситуаций. На протяжении более чем 20-летнего опыта изучения этого явления мы пришли к выводу, что классификация акцентуаций (Личко А. Е., 1977; Leonhard K., 1964, 1968) является несистемной, т. е. строящейся по разным критериям для разных акцентуаций (Schneider K., 1944), а число выделенных личностных профилей не является жестко фиксированным. Речь может идти не о классификации, а о феноменологическом перечне.

Мы оставили в этом перечне два типа акцентуаций личности: акцентуации черт темперамента — гипертимную и лабильную, а также шесть типов акцентуаций личности — астенический (термин «астеноневротический», с нашей точки зрения, менее удачен, потому что некоторые акцентуанты на протяжении жизни адаптированы и не болеют неврозами), тревожно-мнительный (вместо психастенического), интровертированный (вместо шизоидного), инертно-импульсивный (вместо эпилептоидного), демонстративно-гиперкомпенсаторный (вместо истерического) и неустойчивый.

Остальные типы акцентуаций (например, меланхолический, циклоидный) являются личностными донозологическими проявлениями эндогенных психических заболеваний (Кашкаров В. И., 1988; Эйдемиллер Э. Г., Кульгавин Л. М., 1988). Неустойчивая акцентуация в известной мере является следствием органической неполноценности головного мозга.

Общими чертами, характерными для всех личностных радикалов и типов акцентуации, являются следующие:

1) эгоцентрическая направленность личности (у гипертимов — лишь в условиях блокирования активности значимым лицом);
2) нестабильная и пониженная самооценка;
3) отсутствие конструктивных форм проявления негативных эмоций и блокирование проявлений позитивных эмоций;
4) тенденция к формированию незрелых, ригидных когнитивных стилей и сценариев, с преобладанием иррациональных установок над рациональными;
5) незрелость, малый объем и ригидность паттернов эмоционально-поведенческого реагирования.

Ранее сведения о распространении типов акцентуаций личности среди лиц пожилого возраста были отрывочными, а исследований структуры разных типов акцентуаций в разных возрастных группах практически не проводилось.

Поскольку выделение типов акцентуаций производится по разным признакам, представляется важным установить, насколько акцентуации личности относятся к системным образованиям, т. е. насколько неслучайно сочетание и взаимосвязь одних признаков с другими.

Статистическая обработка данных клинического наблюдения и психологических исследований в процессе групповой и семейной психотерапии позволила выделить в структуре пяти типов акцентуаций шесть компонентов, имеющих высокую вероятность совместного появления, а внутри самих компонентов выявить тесную функциональную связь между признаками (табл. 8).

Таблица 8

Классификация личностных радикалов и акцентуаций личности

	№ п/п	Личностные радикалы	Акцентуация личности	Количество наблюдений	%
Черты темперамента	1	Повышенная дифференцированная активность и пониженная тормозимость	Гипертимная	23	3
	2	Эмоциональная лабильность	Лабильная	486	66
Личность	3	Истощаемость и осторожность	Астеническая	132	18
	4	Тревожность и аккуратность	Тревожно-мнительная	74	10
	5	Интровертированность	Интровертированная	29	4
	6	Инертность и агрессивность	Инертно-импульсивная	44	6
	7	Демонстративность и гиперкомпенсаторное реагирование	Демостративно-гиперкомпенсаторная	338	46
	7а	Демонстративность и сенситивность			
	8	Слабоволие, недифференцированная гиперактивность и пассивная подчиняемость	Неустойчивая	103	14

Структура и возрастная динамика пяти наиболее часто встречающихся профилей личности

Личностный радикал «эмоциональная лабильность» — лабильная акцентуация черт темперамента. Этот профиль личности в чистом виде и в сочетаниях с другими чертами личности встречался в 66% случаев среди обследованных лиц в четырех возрастных группах.

В структуре исследованных пяти типов акцентуаций личности компоненты I, II и III соединены между собой более жесткими связями, чем остальные, что позволило нам назвать их «базисной триадой личности». По нашему мнению, совокупность элементов личности, входящих в базисную триаду, является системообразующей, предопределяющей типологическое своеобразие каждого типа акцентуации (рис. 8).

К базисным чертам данного типа (компонент I) отнесена выраженная лабильность аффекта, связанная с разнообразными позитивными и негативными (объективными и субъективно воспринимаемыми) обстоятельствами, и высокая эмпатия. Знак переживаемого аффекта способствует либо еще большему снижению самооценки, либо ее относительному повышению (компонент III).

С колебаниями аффекта тесно связана направленность личности и колебания ее от альтруизма к эгоцентризму. Нестабильная самооценка, имеющая тенденцию к снижению, находится в тесной связи с системой жестких иррациональных убеждений, преобладающих над рациональными (компонент II). Среди иррацио-

нальных убеждений преобладают: «потребность в одобрении» (24,3%), «зависимость от других» (28%), «реакция на фрустрацию» (28%). Кроме того, в когнитивной сфере (компонент III) выявлена полезависимость (ПЗ). В психомоторной и поведенческой сфере (компонент IV) наиболее ярко представлена недифференцированная гиперактивность, сопровождающаяся вегетативными проявлениями (гипергидроз, тремор, изменение температуры и др.), что в конечном итоге отражает психическую незрелость индивидов. Социальное «Я» и формы социальной адаптации (компоненты V и VI) лабильных акцентуантов характеризуются склонностью к проигрыванию роли «любимца», «восторженного/обиженного ребенка», а среди механизмов психологической защиты при неврозах и невротических расстройствах преобладает вытеснение. Место наименьшего сопротивления лабильной акцентуации — ситуация эмоционального отвержения и утраты внимания и заботы со стороны значимых лиц. К позитивным свойствам могут быть отнесены открытость в эмоциональном реагировании, способность к эмпатии, эмоциональное подкрепление значимых других в их социальной компетентности.

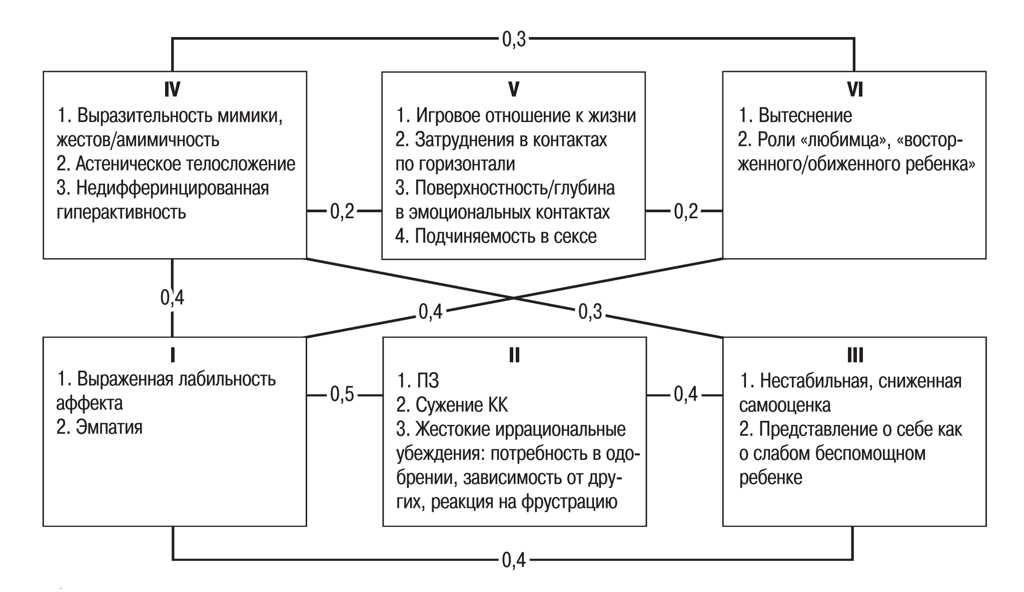


Рис. 8. Структура лабильной акцентуации

Нами выделено 10 бинарных связей между шестью компонентами (из 15 возможных), пять связей на уровне выше 0,4 ($p < 0,05$) и еще пять — выше 0,2 ($0,1 > p > 0,05$). Настоящая структура личности, выявленная еще в детстве и подростковом возрасте, сохраняет свою относительную устойчивость на всех этапах онтогенеза в группе лиц с невротическими и психопатическими расстройствами в том случае, если проведенная психотерапия оказалась недостаточно эффективной (166 больных, 34%). Повышение и устойчивость самооценки, функционально связанной с расширением когнитивного контроля, в процессе групповой и семейной психотерапии приводят к системным изменениям в личности акцентуантов лабильного типа с неврозами — усиливается тенденция к синтонности, эмпатии, активности и партнерству в общении (320 больных, 66%).

Личностный радикал «демостративность, сенситивность и гиперкомпенсаторные реакции» — акцентуация личности демонстративно-гиперкомпенсаторного типа. Структура этого профиля личности также включает в себя шесть компонентов, внутри которых признаки тесно связаны между собой, и частота их совместного появления приближалась к единице (рис. 9).

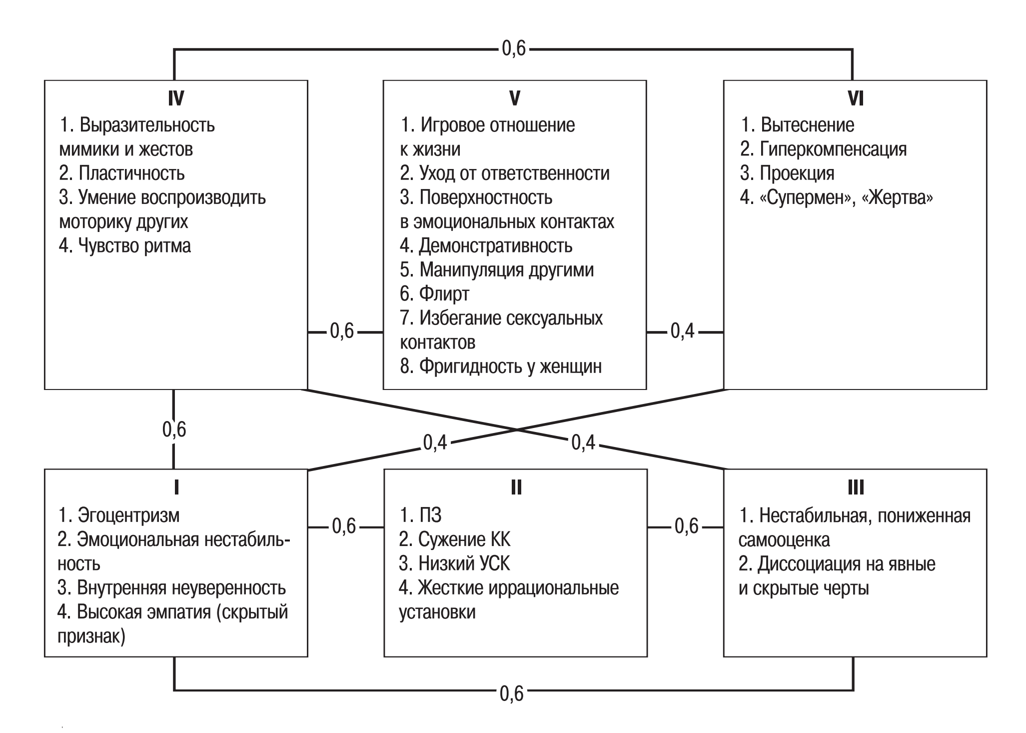


Рис. 9. Структура акцентуации личности демонстративно-гиперкомпенсаторного типа

В компонент I входят следующие признаки (черты): 1) эгоцентризм; 2) эмоциональная нестабильность; 3) переживание внутренней неуверенности; 4) высокая эмпатия (скрытый признак).

В компоненте II выявлены такие признаки: 1) ПЗ; 2) сужение когнитивного контроля (КК); 3) низкий уровень субъективного контроля (УСК); 4) преобладание жестких иррациональных установок над рациональными: «мне все должны», «самое лучшее — мне» и др.

В компоненте III — два признака — нестабильная, зависимая от мнения окружающих пониженная самооценка и диссоциация на явные и скрытые черты. Скрытые черты, о существовании которых акцентуанты, как правило, не догадываются, являются личностным ресурсом, соприкосновение с которым и утилизация которого позволяют личности успешно адаптироваться к среде. К скрытым, малоосознаваемым субъектом чертам относятся высокие эмпатические способности, способность к альтруизму, эффективность в половых ролях. К внешним признакам (вторичные и третичные черты личности) данной акцентуации относятся демонстративность со стремлением привлечь к себе внимание, преувели-

ченная экспрессивность эмоций, не всегда соответствующая подлинным переживаниям («буря в стакане воды», (Kepinski A., 1977), «игровое отношение к жизни»), отражающие неосознанное стремление уходить от ответственности за свое поведение.

В компоненте IV — психомоторика — тесную связь между собой обнаруживают признаки: 1) выразительность жестов и мимики; 2) пластичность; 3) умение воспроизводить моторику и экспрессию других людей; 4) чувство ритма.

В компонент V — социальное «Я» — начиная с периода детства входят пять признаков: 1) игровое отношение к жизни; 2) гипертрофированный уход от ответственности за свое поведение; 3) поверхностность в эмоциональных контактах; 4) демонстративность; 5) склонность к манипулированию другими. С подросткового возраста в компоненте V добавляется еще три признака: 6) склонность к флирту; 7) склонность к избеганию половых контактов или к необычным половым актам; 8) фригидность (у женщин).

В компоненте VI в тесной связи оказываются определенные типы психологической защиты и регрессивные социально-психологические роли: 1) вытеснение; 2) гиперкомпенсация; 3) проекция; 4) роли «супермена», «секс-бомбы», «жертвы» и др.

Всего выявлено 10 бинарных связей между компонентами, причем 7 из них — на уровне 0,6 ($p < 0,01$). Базисные черты и особенности когнитивного стиля у представителей личностного радикала «демонстративность — сенситивность» и их взаимосвязь идентичны радикалу «демонстративность и гиперкомпенсаторные реакции». Сенситивность у части обследованных детей, подростков и взрослых, с нашей точки зрения, относится к предъявляемой ими окружающим форме поведения. Структура личности у сенситивных акцентуантов, как было показано ранее (Kepinski A., 1977), во многом аналогична таковой у демонстративно-гиперкомпенсаторных акцентуантов.

В периоде зрелости структура акцентуации личности демонстративно-гиперкомпенсаторного типа во многом изоморфна структуре на более ранних этапах онтогенеза. Отличие проявляется в том, что компонент V содержит больше признаков; в компоненте III у лиц пожилого возраста исчезает признак «диссоциация явных и скрытых черт личности». В компоненте IV сохраняются все признаки, но преобладающими в поведении при фрустрации становится признак «истерические реакции». Возрастает число соматических жалоб, адаптация в семье строится через болезнь.

В целом структура акцентуации демонстративно-гиперкомпенсаторного типа во всех возрастных периодах остается неизменной, но отмечаются некоторые изменения внутри ее компонентов. Местом наименьшего сопротивления демонстративно-гиперкомпенсаторной акцентуации оказывается утрата внимания со стороны значимых лиц и крах надежд при высоком уровне претензий (Курганский Н. А., 1982; Эйдемиллер Э. Г., 1986).

Структура и возрастная динамика личностного радикала «истощаемость и осторожность» — акцентуация личности астенического типа. К базисным чертам данного вида акцентуации, прослеживаемым с детства, относятся повышенная утомляемость, пониженная поисковая активность, повышенная чувствительность в детстве, сменяемая в подростковом возрасте проявлениями раздражительности, и высокая личностная тревожность. С детства социально привитой

чертой становится осторожность-исполнительность, сохраняющаяся на всем протяжении жизни.

К особенностям когнитивной сферы относятся полезависимость, экстернальный (низкий) уровень субъективного контроля, и только начиная с подросткового возраста формируются селективные когнитивные сценарии. На всех возрастных этапах самооценка сниженная, а стабилизация и повышение ее отмечаются лишь у тех акцентуантов, которые проходили групповую и семейную психотерапию (рис. 10).

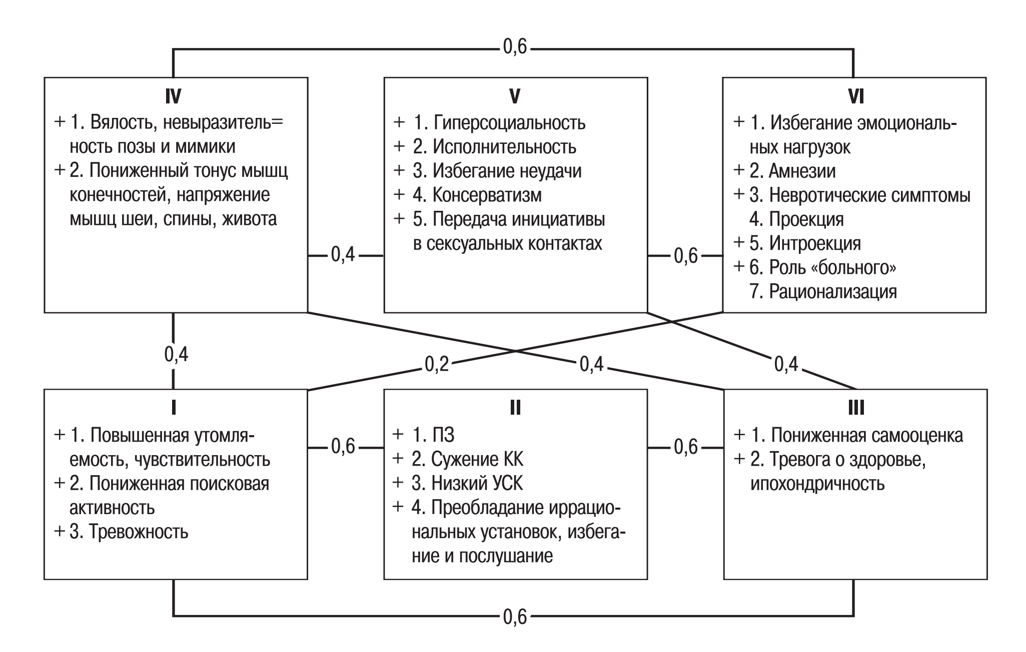


Рис. 10. Структура акцентуации личности астенического типа (+ — признаки, выявленные в детстве)

С раннего детства устойчиво обнаруживаются следующие особенности психомоторики: 1) вялость, невыразительность позы и мимики; 2) пониженный тонус мышц конечностей, сочетающиеся с напряжением мышц шеи, спины, надплечий, иногда живота.

«Социальное “Я”» характеризуется ориентацией на внешне точное исполнение предписываемых социальных ролей (гиперсоциальность) в сочетании с консерватизмом, в основе которого лежит стратегия избегания неудач и пониженная самооценка.

Начиная с подросткового возраста репертуар социального «Я» обогащается эмоционально-поведенческими паттернами в сексуальной сфере. Основными среди них являются избегание инициативы в сближении, эмоциональное дистанцирование с партнером и затруднения в установлении эмпатически-партнерских отношений.

Среди типов психологической защиты (компонент VI) на первом месте у 100 (76%) из всех обследованных больных с акцентуациями астенического типа в преморбиде стоит рационализация и осознанное или чаще неосознаваемое стрем-

ление избегать чрезмерных интеллектуальных и эмоциональных нагрузок: контрольных работ в школе, конкуренции, работы в условиях публичной оценки, межперсональных конфликтов. На окружающих акцентуанты проецируют свою неуверенность и воспринимают людей с высоким социальным статусом или старше себя по возрасту как исключительно компетентных и уверенных. По механизмам интроекции осуществляется своеобразное некритичное «заглатывание» предписаний, норм, инструкций, выполнение которых с детства приводило к еще большей астенизированности. Наиболее часто встречаются регрессивные роли — «отличник», «герой производства», «больной» или «слуга нескольких господ». Как правило, в зрелом возрасте сочетаются роли «герой производства» и в семейной жизни — «слуга нескольких господ». Психосоматическое реагирование (дискинезии желудочно-кишечного тракта, язвенная болезнь и др.), симптомы астенического круга (головные боли, боли в области сердца) являются наиболее частыми невротическими и психосоматическими расстройствами в ситуациях стресса и фрустрации.

Число бинарных связей между компонентами = 10 ($p < 0{,}05$) в подростковом и зрелом возрасте, а в пожилом возрасте снижается до 8 ($p < 0{,}05$). В пожилом возрасте вероятность совместного появления компонентов снижается, структура становится более простой. Начинают преобладать механизмы патологической адаптации — симптомы психосоматического регистра и регистра психопатических расстройств.

Структура и возрастная динамика личностного радикала «тревожность и аккуратность» — акцентуация личности тревожно-мнительного типа. К базисным чертам относятся высокий уровень личностной тревожности — ($48 \pm 4{,}2$ балла по шкале Спилбергера–Ханина), нерешительность, стремление избегать неудач, гиперконтроль эмоциональных проявлений. В тесной связи с ними находятся характеристики когнитивной сферы: наличие жестких иррациональных установок долженствования, низкий уровень субъективного контроля (экстернальность), узкий когнитивный контроль, ускользание от настоящего, стремление к абстрактным рассуждениям, затруднения в выборе решений (мнительность).

Самооценка у этих акцентуантов нестабильная и сниженная ($0{,}12 \pm 0{,}01$). В образе «Я» отмечена склонность индивидов к самоанализу и высокая требовательность к себе, которые проявляются в подростковом возрасте.

Психомоторная сфера (компонент IV) характеризуется моторной неловкостью, напряжением мышц тела («мышечный панцирь» по В. Райху), напряженной позой и амимичным лицом, низкой пластичностью.

В межличностных контактах они предпочитают (компонент V) быть на расстоянии от партнеров либо, начиная с подросткового возраста, стремятся доминировать через проигрывание социально-психологической роли «родителя».

Чрезмерное чувство ответственности и долженствования приводит таких детей и взрослых к успехам в выполнении приказов, в следовании инструкциям и делает их неэффективными в неформальных контактах. В сексуальной сфере они проявляют эмоциональную отчужденность, а о своей симпатии к партнеру дают знать через монологическое говорение.

Структура акцентуации личности тревожно-мнительного типа — личностного радикала «тревожность и аккуратность» также состояла из шести компонентов (рис. 11). С периода детства появляются черты, которые затем прослеживаются

на протяжении всей жизни. Это склонность к самоанализу, высокие требования к себе (компонент III), стремление к дистанцированию или доминированию в общении, позже — отчужденность в сексуальных контактах с игнорированием тактильных и эмоциональных проявлений (компонент V).

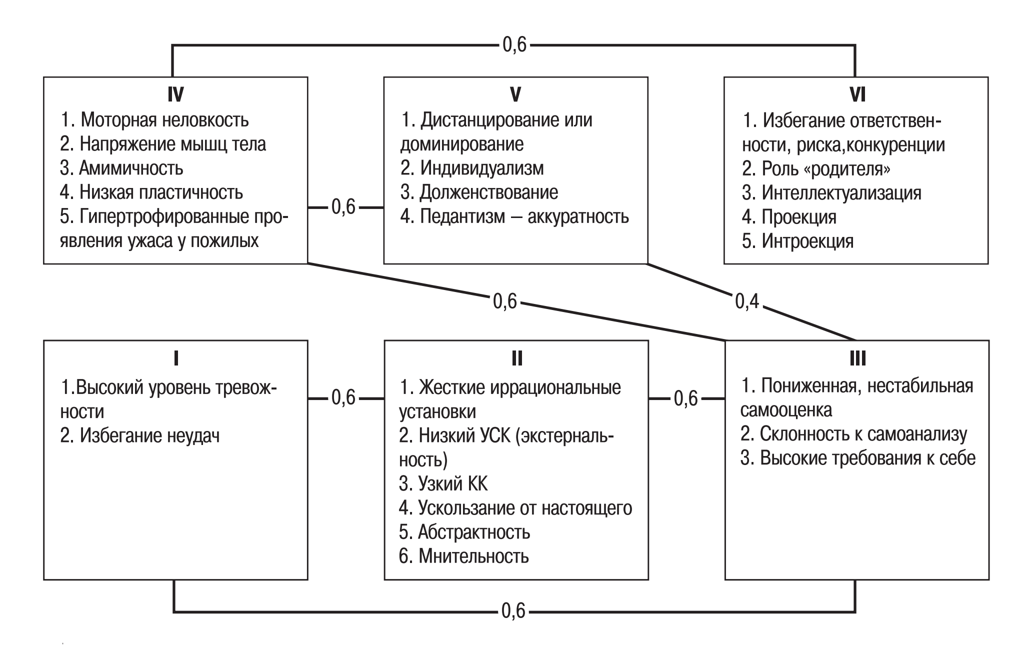


Рис. 11. Структура акцентуации личности тревожно-мнительного типа

Среди типов психологической защиты и в репертуаре регрессивных ролей преобладают интеллектуализация, проекция и интроекция, а также взаимодействие с партнерами с позиции «родителя», более компетентного в формальных ситуациях и менее компетентного в ситуации «здесь и сейчас». Характерно прятаться за инструкциями, прошлым опытом, стремиться к жестким ограничениям сенсорного и информационного опыта.

В пожилом возрасте у 36 (50%) акцентуантов данного типа в психомоторной сфере появляются гиперэкспрессивные проявления ужаса. У половины всех акцентуантов пожилого возраста в общении сохраняется тенденция к доминированию, а у другой половины возникает противоположное стремление к «прилипанию» к более сильным и к поиску защиты.

На всех возрастных этапах число бинарных связей между компонентами — 7 ($p < 0{,}01$). Можно считать, что эта личностная структура обнаруживает простоту и жесткость, вследствие чего индивиды выбирают определенный жизненный путь — следуют предписаниям, полученным в прошлом. Такая структура не способна пластично приспособиться к меняющимся условиям жизни и может быть разрушена в условиях ломки жизненного стереотипа, конкуренции, риска, в ситуациях типа «экзамен».

Структура и возрастная динамика личностного радикала «инертность и агрессивность» и акцентуация личности инертно-импульсивного типа. С детских

лет закладывается стойкая констелляция личностных черт в рамках акцентуации инертно-импульсивного типа (эпилептоидног, по А. Е. Личко, 1977; застревающего и возбудимого по Леонгарду (K. Leonhard, 1976, 1981)). Название «инертно-импульсивная» акцентуация, с нашей точки зрения, лучше отражает эту структуру личности: эгоцентризм, инертность и вязкость психических процессов, повышенная агрессивность, проявляющаяся в виде устойчивых — подозрительности, враждебности и повышенной конфликтности — и импульсивных феноменов: в виде склонности к лавинообразным эмоциональным разрядам.

Когнитивный стиль характеризуется поленезависимостью (ПНЗ), сужением когнитивного контроля, низким уровнем субъективного контроля, преобладанием жестко связанных между собой иррациональных установок над рациональными. В детстве индивиды сопротивляются приобретению нового социального опыта, а с подросткового возраста происходит относительное перемещение ориентировки в жизни с принципа «здесь и сейчас» на «там и тогда», хотя внешне проявляются конкретность и реальность. В стратегии поведения, отражающего особенности когнитивного стиля, преобладает принцип или/или (рис. 12).

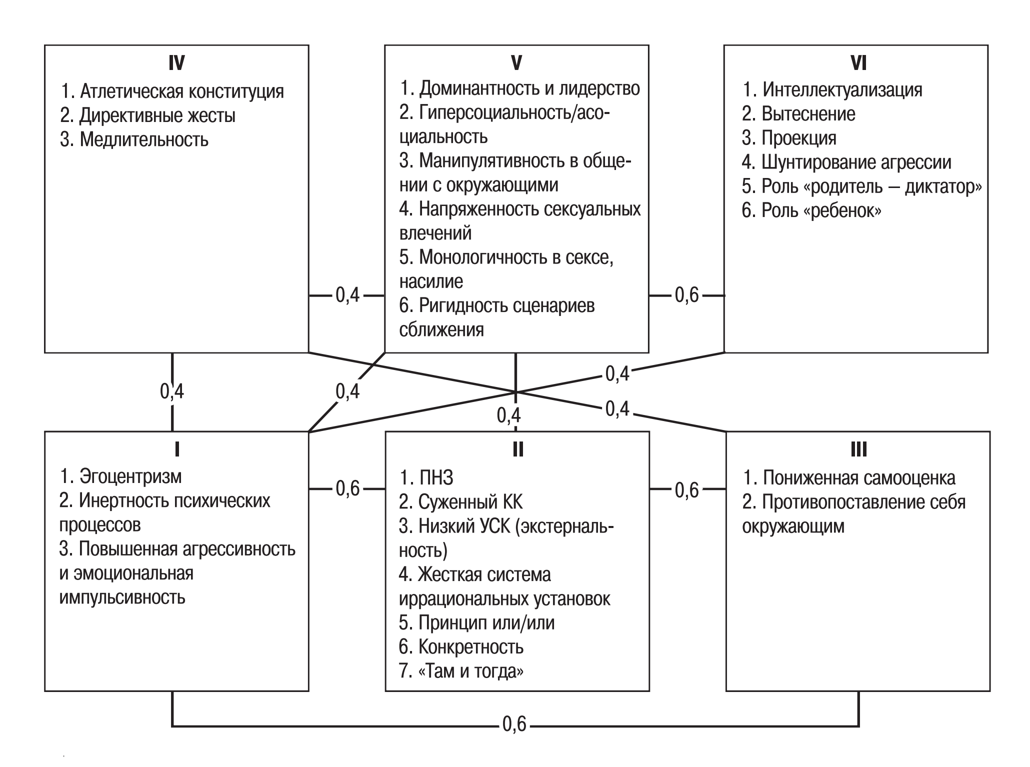


Рис. 12. Структура акцентуации личности инертно-импульсивного типа

Самооценка у инертно-импульсивных акцентуантов, как правило, сниженная ($0{,}16 \pm 0{,}01$), а социальное «Я» характеризуется стремлением к лидерству, доминантности и манипулятивности в интерперсональных отношениях. Обычно те акцентуанты, у которых формируются психосоматические заболевания (дискинезии желудочно-кишечного тракта, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперст-

ной кишки, реже — невротические расстройства, реактивные состояния), обнаруживают в качестве явных черт гиперсоциальность, а в качестве скрытых — асоциальность со скрываемой или явной алкоголизацией, моральной неустойчивостью. В случае формирования патохарактерологического развития личности по эпилептоидному типу, наоборот, асоциальность выступает как явная черта.

Начиная с подросткового возраста в сексуальном поведении преобладают напряженное влечение; удовлетворение своих потребностей оказывается в центре внимания; желания партнера игнорируются; насилие используется как способ сближения. Сценарии сексуального сближения ригидны и не ориентированы на партнера, вследствие чего возрастает неосознаваемая потребность в употреблении алкоголя или психоактивных веществ для обеспечения успешного полового акта.

Инертно-импульсивные акцентуанты зачастую неосознанно опасаются проявлять негативные эмоции, поэтому следствием попыток управлять своей агрессивностью являются феномены психологической защиты — «интеллектуализация», «вытеснение», «проекция» и «шунтирование» (поиск обходного пути) аффекта и паттерны регрессивного ролевого поведения типа «родитель», «диктатор», «ребенок/обиженный ребенок», «жертва». В целом структура инертно-импульсивной акцентуации личности характеризуется жесткостью и стабильностью.

Подытоживая сказанное, можно утверждать, что основная проблема лиц с чертами инертности/импульсивности — это попытка эгоцентрического, инертного индивида с жестко связанными когнитивными установками и пониженной самооценкой отстоять свое неизменно положительное представление о самом себе в условиях, когда объективно темп окружающей жизни и развитие событий не находятся под его контролем, и тем самым личность все время испытывается на прочность в ситуациях власти/подчинения, алкоголизации, ущемления интересов и конкуренции в жизни и любви.

Этапы и механизмы патологизирующего семейного наследования

Под патологизирующим семейным наследованием мы понимаем формирование, фиксацию и передачу паттернов эмоционально-поведенческого реагирования от представителей одних поколений в дисфункциональных семьях представителям других (от прародителей к родителям, от родителей к детям, внукам и т. д.), вследствие чего личность, на которой фокусируется патологизирующее воздействие, становится мало способной к адаптации.

Нами разработан опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для родителей, состоящий из 130 утверждений (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987, 1990) (приложение 11). Он позволяет выявить различные виды патологизирующего семейного воспитания — эмоциональное отвержение и его разновидности (доминирующая и потворствующая гиперпротекция, жестокое обращение, повышенная моральная ответственность и гипопротекция), а также личностные неосознаваемые проблемы родителей, о которых мы говорили выше и которые обусловили искажения семейного воспитания. С помощью этого опросника мы исследовали прародителей и родителей из 340 дисфункциональных семей, в которых дети, подростки и взрослые болели неврозами. Удалось получить

данные об этапах и механизмах патологизирующего семейного наследования при неврозах.

Уточнение характера и степени нарушений полоролевой идентичности у членов дисфункциональных семей было сделано с помощью разработанной нами проективной методики «Возраст. Пол. Роль (ВПР)», которая содержала портреты мужчин и женщин разных возрастных групп (см. выше, с. 214). Среди прародителей воспитание по типу эмоционального отвержения и его разновидностей получили 36%, среди родителей — 54%, среди детей и подростков — 76%.

На первом этапе патологизирующего семейного наследования у обследованных прародителей с помощью АСВ выявлены следующие личностные проблемы: неразвитость родительских чувств (у 36%), проекции на ребенка своих собственных нежелаемых качеств (у 26%), предпочтение таких качеств ребенка, которые не соответствуют его полу (например, предпочтение у девочек мужских качеств (60%)).

На втором этапе под воздействием дисфункциональных отношений в прародительской семье у детей (будущих родителей) формируются такие черты личности: инфантилизм (64%), эгоцентрическая направленность личности (64%), нарушения полоролевой идентичности (78%), а также неосознаваемые личностные проблемы (установки), которые в будущем удовлетворяются за счет воспитания собственных детей. Воспитательная неуверенность выявлена у 70%, предпочтение у девочек мужских качеств — у 74% родителей. Эти установки прародителей и родителей, по-видимому, в значительной степени обусловлены идеологией и социально-экономическими условиями «классового общества в СССР», которое провозглашало равенство и достоинство мужчин и женщин *de jure*, но игнорировало их *de facto*.

Об искажениях личностного развития, которые формируются у больных **на третьем этапе** патологизирующего семейного наследования, мы говорили выше (см. с. 251). Разумеется, выделение лишь трех этапов в патологизирующем семейном наследовании достаточно условно и связано с тем, что исследователь может наблюдать непосредственно представителей только трех поколений в семьях.

Мы приведем результаты исследований самооценки, мотивационной сферы, когнитивной сферы и когнитивных сценариев, уровня и проявлений агрессивности у представителей трех поколений в дисфункциональных семьях, в которых кто-либо болел пограничными нервно-психическими расстройствами.

Особенности когнитивной сферы и когнитивных сценариев у представителей трех поколений в обследованных семьях

Выше были проиллюстрированы когнитивные особенности представителей различных типов акцентуаций. В данный момент мы остановимся на тех когнитивных особенностях, которые поддерживают процессы интеграции в семье.

Соотношение иррациональных и рациональных установок у прародителей и родителей детей с пограничными нервно-психическими расстройствами по сравнению с контрольной группой характеризуется преобладанием жестко связанных между собой ригидных иррациональных убеждений. По структурным признакам иррациональные убеждения в основной и контрольных группах совпадают, но в количественном отношении степень выраженности иррациональных убеждений в основной группе выше.

У всех прародителей и родителей в основной группе выявлены следующие иррациональные убеждения, вследствие которых у них появляются эмоциональные нарушения, снижается самооценка и формируются дисгармоничные семейные отношения:

1) долженствование (ДО) — выявлено методом анализа высказываний у 263 из 370 (71%);
2) глобальное обобщение (ГО) — также выявлено методом анализа высказываний у 255 (69%).

Другие иррациональные убеждения были выявлены с помощью опросника IBT, и результаты приведены в баллах.

1. Тревожная сверхозабоченность, шкала AO = 28,1.
2. Реакция на фрустрацию, шкала FR = 23,19.
3. Склонность к обвинению, BP = 23,69.
4. Эмоциональная безответственность, EI = 10,73.
5. Избегание проблем, PA = 15,89.
6. Высокий уровень ожиданий от себя HSE = 23,03.
7. Потребность в одобрении, DA = 16,3.
8. Зависимость от других, D = 19,53.
9. Страх перед изменениями, HC = 17,74.
10. Перфекционизм — стремление к совершенству, P = 10,99.

Полученные данные отражены на рис. 13. По структуре и выраженности иррациональные убеждения подростков в основном совпадают с таковыми у взрослых. В иррациональных убеждениях подростков обнаружено сходство с родительскими, а кроме того, выявлена потребность в одобрении и зависимость от других.

Исследование мотивационной сферы у представителей трех поколений

Исследование мотивационной сферы у представителей трех поколений проводилось с помощью цветового теста Макса Люшера, а мотивационная сфера подростков и взрослых двух поколений обследовалась методом вызванной мотивационной индукции (МИМ) Ж. Нюттена (Nuttin J., 1980, 1987).

С помощью цветового теста М. Люшера всего обследовано 54 ребенка в возрасте от 5 до 11 лет, 78 подростков в возрасте от 12 до 18 лет и 168 лиц зрелого и пожилого возраста (родители и прародители). У большей части исследованных — 219 (73% всех возрастных групп) — выявлено блокирование потребности в эмоциональной стабильности, душевном покое, инициативности, уверенности в себе, потребности в успехе, надежды на будущее. С этим связан высокий уровень личностной тревожности.

Средний показатель уровня тревожности по цветовому тесту М. Люшера: у детей — 8,7 балла (при dx = 2,3; sx = 0,2); у подростков — 8,4 (dx = 2,4; sx = 0,3); у родителей и прародителей в среднем 7,1 (dx = 2,4; sx = 0,3). Заслуживает внимания то обстоятельство, что родители, играющие доминантную роль в искаженном (негармоничном) воспитании ребенка или подростка, обнаруживают более высокий уровень тревожности в сравнении с остальными членами семьи — 8,1 (dx = 2,4; sx = 0,3).

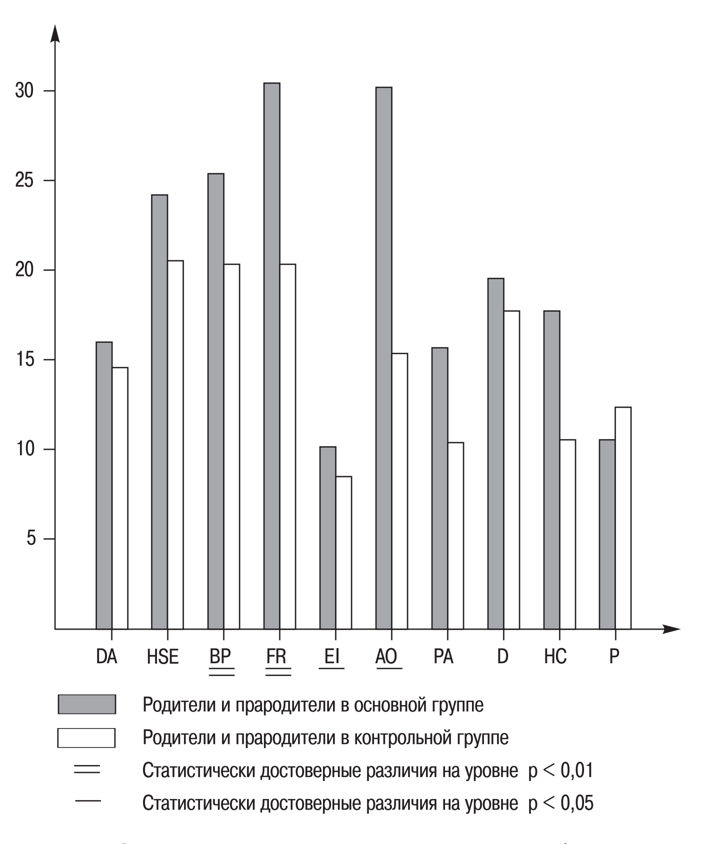


Рис. 13. Частота представленности иррациональных убеждений у родителей и прародителей

В мотивационной сфере подростков в основной и контрольной группах с помощью МИМ выявлены следующие особенности.

По временнóму коду (все различия на достоверном уровне $p < 0{,}01$):

1. Сужен актуальный временный период (АП):

   $M_1 = 25{,}9$ $\delta = 22{,}3$;

   $M_2 = 37$ $\delta = 11{,}2$.

2. В высказываниях значительно меньше звучит историческое время (ИВ) и прошлое (ПВ):

   ИВ $M_1 = 2{,}7$ $\delta = 4{,}2$;

   $M_2 = 6{,}1$ $\delta = 7{,}2$;

   ПВ $M_1 = 0{,}5$ $\delta = 1{,}5$;

   $M_2 = 1{,}3$ $\delta = 2{,}0$.

3. Сужено поле жизненных планов (ЖП):

   $M_1 = 8{,}2$ $\delta = 7{,}8$;

   $M_2 = 13{,}8$ $\delta = 9{,}7$.

4. Значительно сужено представление об отдаленном будущем (ОБ):

   $M_1 = 2{,}4$ $\delta = 3{,}9$;

   $M_2 = 15{,}1$ $\delta = 12{,}1$.

Таким образом, у подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами по сравнению со здоровыми, социально адаптированными подростками резко сужена временная перспектива, мотивационные объекты сосредоточены в сегодняшнем дне.

В содержательном коде (все различия на достоверном уровне $p < 0{,}01$):

1. Меньше высказываний, отражающих значимость «Я» и автономность; значительно выше в сравнении с контрольной группой личностная защита ($S_{яа}$):

   $M_1 = 21{,}3$ $\delta = 10{,}2$;

   $M_2 = 6{,}6$ $\delta = 6{,}4$.

2. Значительно сужена и нарушена сфера контактов (К):

   $M_1 = 10{,}8$ $\delta = 7{,}7$;

   $M_2 = 25{,}2$ $\delta = 10{,}9$.

3. Установлен высокий уровень притязаний при недостаточной самореализации (СР):

   $M_1 = 21{,}4$ $\delta = 15{,}4$;

   $M_2 = 11{,}2$ $\delta = 8{,}1$.

4. Значительно сужена сфера альтруистических желаний по сравнению с ожиданием поступков других лиц, направленных на удовлетворение эгоцентрических потребностей (ЭП):

   $M_1 = 2{,}4$ $\delta = 4{,}0$;

   $M_2 = 9{,}6$ $\delta = 7{,}1$.

С помощью цветового теста отношений (ЦТО) была выявлена сходная структура в мотивационной сфере детей с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Почти у всех обследованных детей выявлено блокирование потребности в покое, отдыхе, удовлетворенности; у 35% из них это сочетается с блокированием потребности в любви и радости, в стремлении к новому; более чем у половины детей блокируется потребность в самовыражении, в уверенности в себе; примерно у одной трети детей отмечено блокирование потребности в активности, в успехе, в лидерстве. У части детей отмечено блокирование более чем двух потребностей, что отражается и в высоком уровне компенсирующей их тревоги.

От поколения к поколению прослеживается тенденция к искажениям в мотивационной сфере по временному и по содержательному кодам (табл. 9 и 10).

Таким образом, можно констатировать изоморфность искажений мотивационных структур у детей, подростков, родителей и прародителей и тенденцию нарастания искажений в мотивационной сфере от поколения к поколению.

Исследования самооценки у представителей трех поколений

Ранее было установлено (Исурина Г. Л., 1985, 1990; Ялов А. М., 1990; Kosewska A., 1989; Leder S., 1990; Rogers C., 1990), что у взрослых, больных неврозами, —

низкая самооценка, отражающая переживания, связанные с недовольством собой, неуверенностью, внутренним напряжением и дискомфортом, противоречивостью образа «Я». Самооценка у детей исследовалась с помощью методики ЦТО (Эткинд А. М., 1980; Каган В. Е., 1991), самооценка у подростков, взрослых и лиц пожилого возраста — с помощью методики Q-сортировки (краткий вариант, состоящий из 28 утверждений). Во всех возрастных группах больных неврозами выявлена низкая самооценка (0,18 ± 0,01), а у детей с неврозами показатель самооценки составил 22 ± 4. Отмечена тенденция к снижению самооценки от поколения к поколению. У прародителей в основной группе показатель самооценки составил 0,36 ± 0,01, у родителей — 0,29 ± 0,01. По завершении групповой психотерапии показатель самооценки у детей составил 14 ± 2 ($p < 0{,}01$), у подростков, взрослых и лиц пожилого возраста — в интервале 0,43 ± 0,010,48 ± 0,01 ($p < 0{,}01$). Наиболее отчетливая динамика самооценки отмечена у пациентов и их родственников, прошедших семейную психотерапию. Она значительно повысилась от 0,18 ± 0,01 до 0,56 ± 0,02 ($p < 0{,}05$) у подростков, взрослых и лиц пожилого возраста, а у детей — с 22 ± 4 до 8 ± 2 ($p < 0{,}05$).

Таблица 9

Искажение мотивационной сферы по временному коду у прародителей и родителей основной группы

Временно́й код	Контрольная группа				Основная группа				Статистические различия на уровне p < 0,01
	Прародители		Родители		Прародители		Родители		
	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ	
ОБ	31,3	6,3	29,7	6,3	12,3	9,3	8,1	11,2	Есть
АП	43,4	11,2	42,9	9,2	33,2	10,2	28,3	18,3	Есть

Таблица 10

Искажение мотивационной сферы по содержательному коду у прародителей и родителей основной группы

Содержательный код	Контрольная группа				Основная группа				Статистические различия на уровне p < 0,01
	Прародители		Родители		Прародители		Родители		
	M	δ	M	δ	M	δ	M	δ	
СР	39,2	12,3	39,1	11,8	34,2	8,1	30,2	10,1	Нет
ЯА	6,6	6,4	6,8	6,7	14,1	6,7	18,1	9,2	Есть

Нами разработана оригинальная модель краткосрочной онтогенетически ориентированной групповой психотерапии «Теплые ключи», отличающаяся ускоренным темпом групповой динамики и высокой эффективностью в решении проблем участников (Эйдемиллер Э. Г., Вовк А. И.,1992). В контрольной группе (врачи — слушатели, занимавшиеся в группе «Теплые ключи») динамика самооценки, исследованной с помощью ЦТО, следующая: перед началом работы группы самооценка у женщин 4,98 ± 0,34, а после завершения работы — 4,23 ± 0,32 (различие недостоверно). У мужчин самооценка повысилась с 6,47 ± 0,93 до 3,31 ± 0,44 ($p < 0{,}01$).

Итак, повышение самооценки связано с редукцией клинической симптоматики (Исурина Г. Л., 1990), а у детей, помимо этого, с увеличением спонтанности, инициативности, активности.

Особенности проявлений агрессивности в трех поколениях в основной и контрольной группах

До последнего времени в России психологами не проводилось исследований проявлений агрессивности. Несмотря на отсутствие четкого определения агрессивности, большинство авторов (Левитов Н. Д., 1972; Ениколопов С. Н., 1976; Buss A., 1961; Berkowitz L., 1962) понимают под этим термином разнообразные действия, которые нарушают физическую или психическую целостность другого человека (или группы людей), наносят материальный ущерб, блокируют его (их) намерения, противодействуют его (их) интересам или ведут к его (их) уничтожению.

Для исследования структуры и проявлений агрессивности нами был разработан диагностический комплекс, в который вошли два психологических метода: опросник агрессивности Басса—Дарки, с помощью которого были обследованы подростки, взрослые и лица пожилого возраста в основной и контрольной группах, а также проективная методика «Тест руки» (Vagner E., 1962, 1978; Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М., 1989; Эйдемиллер Э. Г., Черемисин О. В., 1990), с помощью которой были исследованы представители всех возрастов в основной и контрольной группах. Стимульный материал представлен в виде 9 стандартных карточек с изображением кистей руки и одной пустой карточки, при показе которой исследуемого просят представить кисть руки и описать ее воображаемое действие.

Все ответы испытуемого относятся к 11 категориям оценки: 1) Agr. (Агрессия); 2) Dir. (указание); 3) Com. (коммуникация); 4) Ab. (привязанность); 5) Dep. (зависимость); 6) F. (страх); 7) Ex. (эксгибиционизм); 8) Crip. (увечность); 9) Act. (безличная активность); 10) Pas. (безличная пассивность); 11) Dscr. (описание). В этих категориях отражены агрессивность и тенденция к социальной кооперации.

Опросник Басса—Дарки содержит 75 утверждений, представляющих информацию по 8 шкалам: 1) физическая агрессия (Ф); 2) косвенная агрессия (К); 3) раздражительность (Р); 4) негативизм (Н); 5) обида (зависть и ненависть к окружающим) (О); 6) подозрительность (П); 7) вербальная агрессия (по форме и содержанию) (В); 8) чувство вины (ЧВ).

Нами проведена стандартизация опросника и разработана процедура перевода «сырых» баллов в «стены».

У прародителей основной и контрольной групп преобладают проявления враждебности (сочетание показателей шкал обиды и подозрительности) и вербальной агрессии по опроснику Басса—Дарки, а также зависимость и более высокие по сравнению с родителями показатели социальной кооперации. Об этом свидетельствуют сумма числа ответов «Теста руки» по категориям: Com. — 2,0 (15,4%), Af. — 2,3 (16,6%), Dep. — 3,0 (17,4%), которая составила 7,3 (49,4%).

Структура проявлений агрессивности у прародителей основной и контрольной групп приведена на диаграмме (рис. 14).

Средний суммарный балл по индексу агрессивных реакций (сумма показателей шкал ФКРВ) в основной группе у мужчин равен 26,7 ± 0,8, у женщин —24,4 ± 0,6; по индексу враждебности (сумма показателей шкал О и П) у мужчин — 9,8 ± 0,3, у женщин —11,2 ± 0,4.

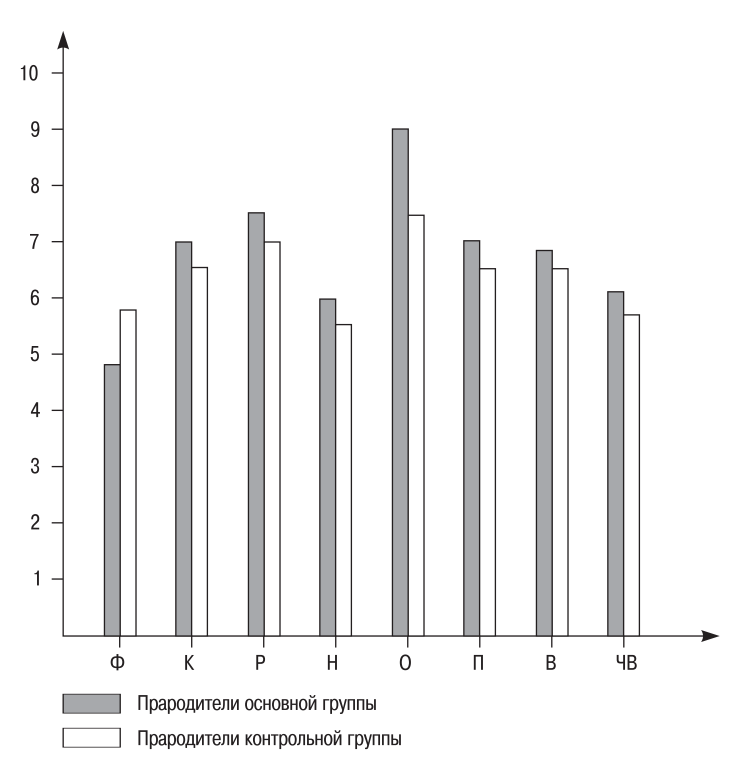


Рис. 14. Структура проявлений агрессивности у прародителей

У родителей в основной группе уровень агрессивности в целом более высок, чем в контрольной группе, а в структуре агрессивности преобладают обида, косвенная агрессия, негативизм, подозрительность и чувство вины (сочетание этих пяти шкал в косвенной форме отражает психологический инфантилизм родителей). Не установлено различий в уровне и структуре агрессивности у матерей и отцов основной группы.

Структура проявлений агрессивности у родителей основной и контрольной групп приведена на следующей диаграмме (рис. 15).

Средний суммарный балл по индексу агрессивных реакций в основной группе у мужчин и женщин ниже, чем у прародителей, и равен 24,3 ± 0,7. Индекс враждебности у мужчин-прародителей не отличается от такового у женщин и составляет 10,7 ± 0,4.

Значения индексов агрессивности и враждебности по шкалам Басса—Дарки у подростков основной группы представлены в табл. 11.

Полученные данные позволяют утверждать, что у подростков с неврозами и расстройствами личности уровень агрессивности в целом выше, чем у их социально адаптированных сверстников, хотя эти различия не имели статистической достоверности. В группе социально адаптированных подростков выявлена следующая тенденция: юноши более склонны к проявлению агрессивных реакций, а девушки — враждебных. В основной группе наблюдается обратная тенденция — более склонными к проявлению агрессивных реакций оказываются девушки.

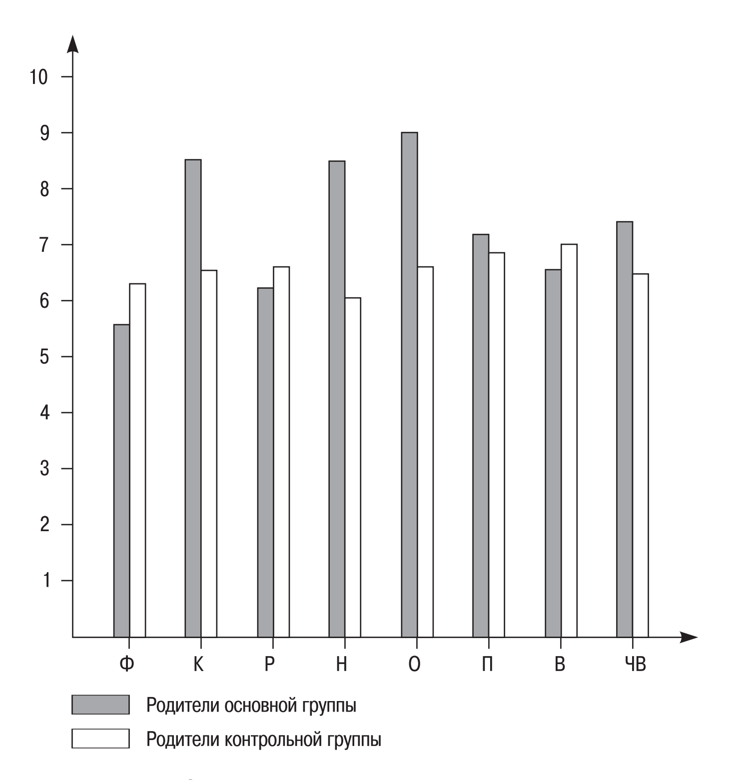


Рис. 15. Структура проявлений агрессивности у родителей

Таблица 11

Индексы агрессивных реакций и враждебности у подростков

Индекс	Основная группа			Контрольная группа		
	Юноши	Девушки	Суммарный показатель	Юноши	Девушки	Суммарный показатель
Агрессивности	26,5	27,4	53,9	27,1	25,5	52,6
Враждебности	11,2	11,4	22,6	10,1	10,9	21,0

Исследование связи между различными формами проявлений агрессивных и враждебных реакций у подростков с невротическими и психопатическими расстройствами выявило слабо выраженную системную организацию проявлений агрессивности, которую мы назвали инфантильной (рис. 16).

Оказалось, что системная организация проявлений агрессивности и враждебности у подростков из контрольной группы аналогична таковой у взрослых. Таким образом, в группе подростков с невротическими и психопатическими расстройствами выявлен более высокий уровень проявления агрессивности по сравнению с адаптированными сверстниками, а девушки обнаруживают склонность к проявлениям вербальной и невербальной агрессии. У детей в структуре проявлений агрессивности преобладают зависимость и страх (табл. 12).

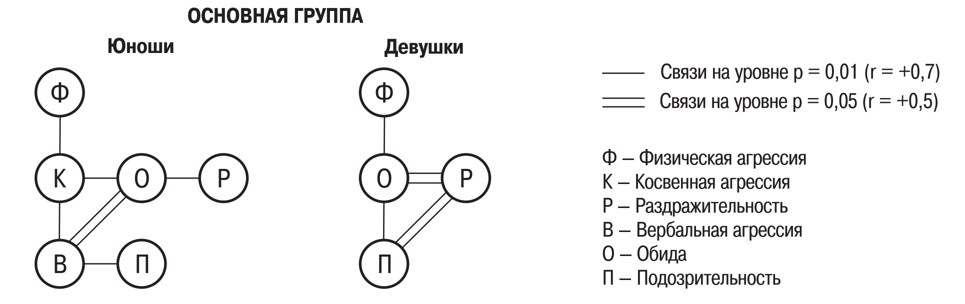


Рис. 16. Системная организация проявлений агрессивности у подростков

Таблица 12

Средние значения по основным показателям «Теста руки» у детей с невротическими расстройствами

Показатель теста	Мальчики		Девочки	
	Среднее число	От общего числа ответов, %	Среднее число	От общего числа ответов, %
Зависимость	2,4	15	1,8	14
Страх	2,0	15	2,0	14
Привязанность	2,0	15	2,0	14
Другие 8 категорий	8,0	55	9,0	58
Общее число ответов	14,4	100	14,8	100

Сравнивая показатели уровня агрессивности и ее структуры у представителей разных поколений, можно утверждать, что в основной группе уровень агрессивности выше. Несмотря на относительную устойчивость структуры агрессивности, формирующейся в основном в подростковом возрасте, можно отметить, что проявления агрессивности и социальной кооперации в разных поколениях разные. У прародителей и родителей в контрольной группе преобладают явления социальной кооперации, а среди проявлений агрессивности — вербальная и невербальная ее формы.

У представителей всех поколений в основной группе, помимо высокого уровня агрессивности, отмечены инфантильные ее проявления, в частности обида, и менее дифференцированная системная организация проявлений агрессивности, характеризующаяся меньшим числом элементов и связей между ними (рис. 17 и 18).

В основе механизма патологизирующего семейного наследования, как показали наши исследования, лежат явления позитивной и негативной транспроекции от поколения к поколению черт личности, когнитивных стилей и паттернов реагирования. Парадигма роли конфликтов между представителями поколений и внутри одного поколения в дисфункциональных семьях подготавливает психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов к пониманию психической патологии не только как следствия интрапсихических и эндогенных, но и экзогенных, в том числе социогенных, патологизирующих воздействий.

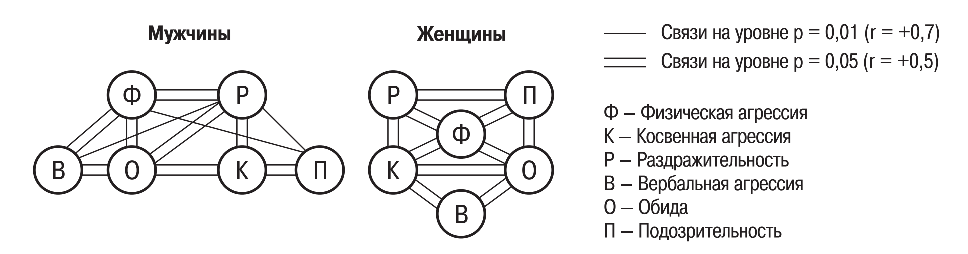


Рис. 17. Структура проявлений агрессивности у представителей всех возрастов, за исключением детей, в основной группе

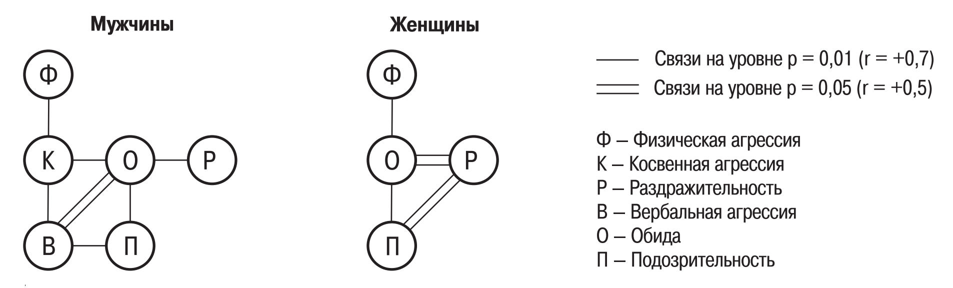


Рис. 18. Структура проявлений агрессивности у представителей всех возрастов, за исключением детей, в контрольной группе

В настоящее время в нашем обществе возросла потребность в методах семейной психотерапии. За последние годы в России уменьшился, хотя полностью не исчез, страх населения перед психотерапевтами. Пациенты с большей доверчивостью стали раскрывать и исследовать свои семейные проблемы. В свою очередь и психотерапевты стали меньше бояться работать с семейными проблемами. Опираясь на парадигму «патологизирующего семейного наследования» при неврозах, разработаны оригинальные модели семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 1990; Александрова Н. В., Васильева Н. Л., 1994; Исаева С. И., 1996), которые будут описаны в главе 5.

На основании проведенного исследования нами сделаны следующие выводы.

1. Структура профилей личности в форме личностных радикалов и акцентуаций личности лабильного, демонстративно-гиперкомпенсаторного, астенического, тревожно-мнительного и инертно-импульсивного типов, которые наиболее часто встречаются в преморбиде больных неврозами и другими формами пограничных нервно-психических расстройств, относительно устойчива и изоморфна на всех этапах онтогенеза и является личностно-характерологической осью, связывающей эти этапы. Личностные радикалы у детей и акцентуации личности являются мерой типологических адаптативных возможностей человека.
2. Пограничные нервно-психические расстройства личности являются результатом конфликтов между представителями одного или нескольких поколений в дисфункциональных семьях. Отмечена тенденция убывания адаптивных возможностей у личностей в дисфункциональных семьях от прародителей к внукам.

3. Самым распространенным патологизирующим стилем воспитания в дисфункциональных семьях является эмоциональное отвержение в формах доминирующей и потворствующей гиперпротекции, эмоционального отвержения и жестокого обращения, повышенной моральной ответственности, полного или частичного неприятия пола ребенка.
4. У больных с пограничными нервно-психическими расстройствами личности на всех возрастных этапах выявлены следующие особенности когнитивной сферы: преобладание полезависимости над поленезависимостью, сужение когнитивного контроля, низкий уровень субъективного контроля (экстернальность), преобладание жестких иррациональных убеждений над рациональными, вследствие чего поведенческие стратегии у них становятся селективными и ригидными, а адаптивные возможности личности снижаются.
5. У представителей разных поколений в основной группе уровень агрессивности выше, чем в контрольной группе, а среди форм ее проявления, менее разнообразных, чем у здоровых, преобладают неконструктивные.
6. У больных с пограничными нервно-психическими расстройствами личности во всех возрастных группах преобладает блокирование потребностей в эмоциональной стабильности, в успехе, в уверенности в себе, в надеждах на будущее. От поколения к поколению прослеживается тенденция к нарастанию искажений мотивационной сферы как по временному, так и по содержательному кодам, а также к снижению самооценки, которая повышается после групповой и особенно после семейной психотерапии.

На основе проведенного исследования нами сформулирован клинико-психологический критерий подбора больных для групповой психотерапии — критерий «парности однотипных акцентуаций». Включение пар однотипных акцентуаций в психотерапевтическую группу способствует равномерному созреванию группы и улучшает идентификацию личностных проблем у ее участников. (Эйдемиллер Э. Г., 1994).

Учитывая возросший интерес как профессионалов, так и больных к семейной психотерапии, нами разработаны онтогенетически ориентированные программы подготовки специалистов в области семейной психотерапии на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. Теоретическим обоснованием этих программ является парадигма патологизирующего семейного наследования при неврозах и других формах нервно-психических расстройств.

Это циклы тематического усовершенствования для подростковых психиатров-наркологов, детских невропатологов и медицинских (клинических) психологов «Клиническая психология и психотерапия семьи и детства» продолжительностью 252 часа (1-я ступень освоения мастерства), «Перинатальная психология и психотерапия» продолжительностью 252 часа (2-я ступень освоения мастерства) и «Современные методы групповой и семейной психотерапии» продолжительностью 288 часов (2-я ступень освоения мастерства).

Принципиальное отличие циклов 2-й ступени заключается в том, что слушатели исследуют свои проблемы в группах личностного роста. Общими для всех трех программ является преобладание активных форм обучения над лекционными (соотношение учебных часов 4 : 1); слушатели принимают участие в работе

групп лабораторного тренинга, в которых вначале осваивают упражнения и техники групповой психотерапии неврозов и расстройств личности детского возраста, затем аналогичные приемы и техники для подросткового возраста. Далее они участвуют в работе групп социально-психологического тренинга, целью которого является тренировка навыков партнерского общения, в работе балинтовских групп и групп личностного роста. На циклах 2-й ступени основное внимание уделяется различным формам супервизии с использованием видео-, аудиозаписей и стенограмм.

Проведение этих тренингов осуществляется в зависимости от состава слушателей (целевых установок цикла, запроса участников, личностных особенностей, степени профессиональной подготовки) в двух вариантах.

Первый вариант: наиболее распространенная в мировой практике иерархия тренингов следующая — в последовательности, отражающей онтогенез личности: лабораторный тренинг (детский) — лабораторный тренинг (подростковый) — социально-психологический тренинг (навыки партнерства) — балинтовская группа — группа личностного роста (по технологии «Теплые ключи»).

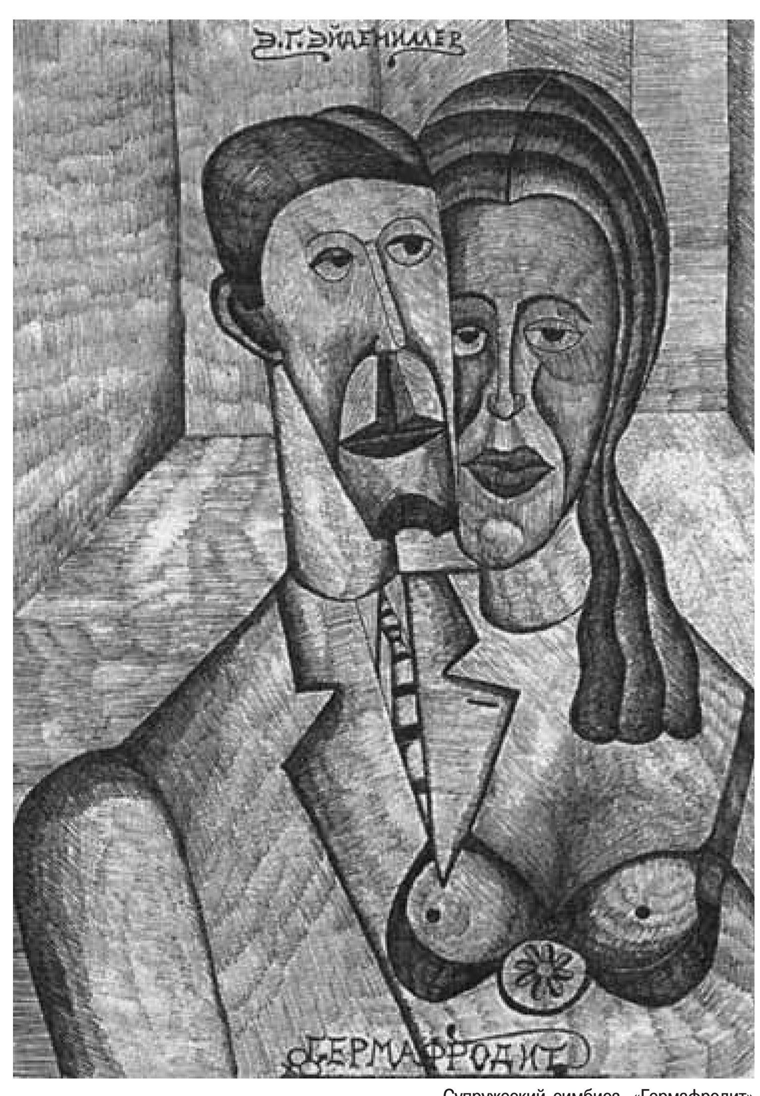
Второй вариант: группа личностного роста (психотехнология «Теплые ключи» — группа лабораторного тренинга (детская) — лабораторный тренинг (подростковый) — балинтовская группа — социально-психологический тренинг (партнерского общения).

Изучение отдельных методов психотерапии (гештальт-терапии, позитивной психотерапии, психодрамы) осуществляется в виде развивающих семинаров и практических занятий.

Такое построение учебного процесса позволяет слушателям освободиться от эмоциональных блоков, повышает их эмпатические способности, расширяет ресурсные возможности и тем самым способствует приобретению умения определять границы своего «Я» и «Я» своего пациента, что в свою очередь повышает их терапевтический потенциал. По разработанной нами психологической методике «Портрет психотерапевта» 70 врачей из 100 обследованных выявили возросшую спонтанность, уверенность в себе, партнерское распределение с пациентом ответственности за результат психотерапии. Разработанные нами программы обучения групповой и семейной психотерапии вполне отвечают запросам психотерапевтов, работающих с лицами зрелого и пожилого возраста.

В связи с переходом на систему кредитов и внедрением дистанционного обучения мы разработали программы долгосрочной (1028) и краткосрочной (552) профессиональной переподготовки по специальности «Психотерапия». Слушатели меньшую часть времени обучаются на кафедре, а большую часть времени посвящают практике на своих рабочих местах.

3 МЕТОДЫ СЕМЕЙНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ТЕХНИКИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ИХ ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ



Супружеский симбиоз. «Гермафродит»

Изучение семьи и диагностика ее нарушений

Целью изучения семьи является, во-первых, установление семейного диагноза — выявление в жизнедеятельности определенной семьи тех нарушений, которые участвуют в возникновении и хронификации нервно-психического расстройства у одного или нескольких ее членов; во-вторых, выявление тех психологических особенностей семьи и ее членов, от которых зависит коррекция нервно-психического расстройства (и которые, соответственно, нужно учитывать при выборе метода семейной психотерапии и при ее осуществлении).

Задача изучения семьи весьма сложна. Это обусловлено следующими обстоятельствами.

1. Сложностью семьи как социальной и психологической системы. Семья включает в себя большое число всевозможных отношений и взаимосвязей, для формирования которых имеют значение личностные особенности членов семьи, ее социальное окружение, обычаи, традиции, социально-экономические условия и т. д.
2. Отсутствием единого подхода к проблемам семьи, единого понимания ее сущности и структуры. Пока не выработана общая теория, которая могла бы стать основой для изучения семьи, вместо нее имеется значительное количество школ, течений и направлений с различными, нередко трудносопоставимыми, подходами к проблемам семейной психотерапии. Это связано с тем, что семейная психотерапия и ее методология делают пока еще первые шаги.
3. Тем, что предметом изучения семейной психотерапии является та область социальной жизни, которая подвержена влиянию социальных стереотипов и представление о которой испытывает значительное воздействие обыденного опыта. Каждый человек имеет свой собственный семейный опыт и зачастую исходит только из него, пытаясь понять, что такое семейные отношения вообще.
4. Скрытостью (интимностью) многих происходящих в семье событий, а также их изменчивостью, отсутствием четких контуров.

Задачи, стоящие перед изучающим семью, можно разбить на три группы.

1. Проблема показаний к семейной психотерапии, т. е. решение наиболее общего вопроса: нужно ли при изучении причин определенного нервно-психического расстройства обращаться к семье?
2. Система изучения семьи, играющей ту или иную роль в возникновении и развитии нервно-психического расстройства.
3. Пути и методы получения необходимых сведений о семье.

Проблема показаний к семейной психотерапии. Нужна ли в данном случае именно семейная психотерапия? Вот первый вопрос, который встает перед врачом или психологом, обследующим индивида с нервно-психическими расстройствами. В современной психотерапии нет единого мнения о том, как его решать, — рекомендации варьируются в зависимости от школы, которую представляет тот или иной семейный психотерапевт, от семей, с которыми он работает, от методов, которые использует. Нами предпринята попытка систематизиро-

вать основные факторы, которые считаются показаниями к семейной психотерапии.

1. *Вид нервно-психического расстройства.* Авторы, указывающие на этот фактор, связывают необходимость применения семейной психотерапии с определенным кругом заболеваний — в первую очередь с теми, в отношении которых имеются данные массовых обследований или клинических наблюдений, свидетельствующие о том, что семейные нарушения играют определенную роль в их возникновении. В качестве таких заболеваний чаще всего упоминаются неврозы, алкоголизм, декомпенсации психопатий и психопатических развитий, суициды, нарушения половой функции (Гузиков Б. М. и др., 1978; Рыбакова Т. Г., Зобнев В. М., 1978; Мишина Т. М., 1978).
2. *Успешный опыт применения семейной психотерапии при излечении тех или иных заболеваний.* При таком подходе обычно исходят из следующего утверждения: если однажды этот метод помог при лечении данного заболевания, то может помочь и во второй раз, и долг врача — использовать эту возможность. Круг заболеваний, в отношении которых имеются сообщения о том, что применение семейной психотерапии принесло исцеление или хотя бы определенное улучшение, довольно широк. В него входят, в частности, наркомания, психозы, психопатии и даже эпилепсия (Bach O., 1980).
3. *Наличие разнообразных нарушений в семье*: острые семейные конфликты, «массивные нарушения коммуникации» (Bach O., 1980), нарушения в правилах семейной жизни и особенно «семейные мифы» (Ferreira A., 1965).
4. *Необходимость корректировать отношение членов семьи к заболеванию и к больному члену семьи*: помочь им преодолеть чувство вины перед больным и агрессию, направленную на него; пережить стрессовые состояния, вызванные, например, психозом одного из членов семьи или попыткой самоубийства (Bach O., 1980).
5. *Серьезность случая.* Некоторые психотерапевты склонны считать показанием к семейной психотерапии неудачу в применении других методов, которая и побуждает психотерапевта перейти от относительно простых и нетрудоемких методов к таким сложным и трудоемким, как, например, семейная психотерапия (Click L., Kessler D., 1974).
6. *Обращение членов семьи за помощью.* Необходимость семейной психотерапии в этом случае связана с тем, что сам пациент обращается к психиатру или медицинскому психологу с семейной проблемой — например, с просьбой помочь в разрешении семейного конфликта или с жалобой на неудовлетворенность семейной жизнью. Этот момент упоминают среди прочих показаний к семейной психотерапии С. Валронд-Скиннер и О. Бах (Walrond-Skinner S., 1978; Bach O., 1980).
7. *Взаимосвязь заболеваний членов семьи.* Речь идет о ситуациях, когда выздоровление одного члена семьи вызывает заболевание другого (Richter H. E., 1968). Это явление получило название созависимости.

Как мы видим, показания чрезвычайно разнообразны. Можно ли найти их «общий знаменатель»? Вероятно, да, если исходить из предложенного нами в на-

чале данной работы понимания семейной психотерапии, в соответствии с которым в центре внимания семейного психотерапевта находится семья как фактор психической травматизации личности и ее роль в коррекции последствий психической травмы. При таком понимании семейная психотерапия показана во всех случаях, когда диагностически установлено, что нарушение жизнедеятельности семьи явилось фактором нервно-психического расстройства личности и/или влияет на ликвидацию психической травмы и ее последствий. Во-первых, при таком подходе исключаются случаи, когда изучение семьи и работа с ней преследуют немедицинские цели. Уже упоминавшееся в показаниях к семейной психотерапии применение ее в случае значительных нарушений жизнедеятельности семьи может быть как медицинским, так и немедицинским. Примером первого может быть коррекция нарушений семейной коммуникации, ставших первоисточником невротических расстройств у одного из членов семьи; примером второго — коррекция при работе с семьей трудновоспитуемого подростка. Первый случай относится к семейной психотерапии и входит в компетенцию врача или медицинского психолога; второй — в компетенцию педагога или психолога, специализирующихся в области педагогической психологии. Во-вторых, такой подход устанавливает основные условия, необходимые для решения вопроса о назначении семейной психотерапии.

Необходимо провести четкую границу между двумя видами показаний: к изучению семьи, и в частности к ее диагностическому обследованию, и к применению собственно семейной психотерапии. В случае, когда нарушение жизнедеятельности семьи явилось причиной формирования нервно-психического расстройства личности, речь идет о показаниях второй группы — к применению собственно семейной психотерапии. Большинство же показаний, упоминаемых другими авторами, относится к первой группе. Действительно, врачу или психологу известно, что в этиологии данного заболевания может играть определенную роль семья (1-я группа показаний), и наличие в семье пациента значительных нарушений (3-я группа), и взаимосвязь между заболеваемостью членов семьи (7-я группа) — все это показания к изучению семьи, в ходе которого необходимо выяснить, действительно ли имеется психотравмирующее воздействие семьи. Нам приходилось наблюдать семьи с грубыми нарушениями семейной коммуникации, с конфликтами и одновременно с нервно-психическими расстройствами у одного из ее членов. При их изучении, однако, выяснялось, что эти явления не взаимосвязаны. Например, в случае обсессивно-фобического невроза у подростка его заболевание было связано с ситуацией в школе, а не с длительным конфликтом родителей, к которому он уже привык за долгие годы.

Косвенными показаниями к изучению семьи являются также обращение членов семьи за помощью и неудача в применении других методов. В первом случае необходимо выяснить, действительно ли мы имеем дело с медицинской проблемой (психотравмирующим воздействием семьи) или же с педагогической, психологической или этической проблемой, с которой правильнее обратиться к квалифицированному специалисту другого профиля. Во втором случае нужно установить, действительно ли неудача других методов психотерапии связана с тем, что не учитывалось воздействие семьи.

Все эти соображения мы приняли во внимание, разрабатывая «Поэтапную методику изучения семьи» (с. 288).

Противопоказания к семейной психотерапии носят скорее относительный характер:

1) отсутствие профессиональной подготовки у психотерапевта, его недостаточная толерантность;
2) иногда семейная психотерапия не может быть рекомендована в тех случаях, когда прародители избыточно «ригидны», а существование в семье «носителя симптома» играет большую роль в поддержании псевдоинтеграции.

Изменение характера взаимоотношений в семье может сильно фрустрировать ее пожилых членов и вызвать у них психосоматические реакции — обострение ишемической болезни сердца и многих других хронических заболеваний. Эти обстоятельства способствовали прекращению семейной психотерапии.

Система изучения семьи. Как уже указывалось, семья — весьма сложная по структуре социальная и психологическая система. Задача выявления нарушений, инициировавших развитие нервно-психического расстройства у одного из ее членов, по сложности может быть сопоставима с поиском иголки в стоге сена. Вследствие этого чрезвычайно важную роль играет выбор правильной стратегии и тактики поиска нарушений. Система изучения семьи должна быть построена таким образом, чтобы каждый новый шаг, во-первых, заметно приближал к первоисточнику нарушений; во-вторых, давал информацию о предпочтительном направлении дальнейшего изучения.

Отсутствие в современной семейной психотерапии единой теоретической базы приводит к тому, что задачи и пути изучения семьи понимаются весьма различно представителями различных школ. Автор популярного учебника по семейной психотерапии Ф. Баркер (Barker Ph., 1981) не без юмора описывает, насколько по-разному рассматривался бы один и тот же случай (например, приступ необоснованного упрямства у ребенка) представителями разных школ семейной психотерапии. Представитель «структурной школы» С. Минухин обратил бы внимание на «слишком проницаемую» границу подсистемы «мать — сын» и «недостаточно проницаемую» «мать — отец». Представитель коммуникативной школы сосредоточился бы на выявлении нарушений коммуникации в семье и постарался бы показать, как они приводят к психическому расстройству у ребенка. Семейный психотерапевт школы В. Сатир сосредоточился бы не на нарушениях, связанных с информацией, а на эмоциональной реакции, которую она вызывает у членов семьи, и т. д.

В современной западной семейной психотерапии действительно широко распространено мнение о том, что любой подход хорош и в конечном счете приводит к цели. Семейная психотерапия представляется чем-то вроде магазина готового платья, где каждый может подобрать одежду на свой вкус. Естественно, что это вызывает озабоченность и критическое отношение ученых, более строго и методически ответственно относящихся к проблемам диагностики. Предпринимаются многочисленные попытки решить проблему изучения семьи, не ограничиваясь рамками какой-либо школы. При этом ставится задача — построить такую диагностическую систему, которая удовлетворила бы (насколько это вообще возможно) представителей самых различных школ и течений.

Нам представляется целесообразным сделать обзор и критический анализ этих попыток. Во-первых, он позволит яснее увидеть главные проблемы, возника-

ющие при изучении семьи, и возможные пути их решения. Во-вторых, в основе этих попыток — не только теоретические соображения, но и немалый практический опыт: в большинстве случаев специалисты изучали семью на протяжении длительного времени и в ходе этой работы совершенствовали и уточняли свои теории и методы.

Эклектический подход. Его представители пытаются решить проблему изучения семьи путем объединения подходов разных школ в общую диагностическую схему. Они в полной мере используют то обстоятельство, что разные школы семейной психотерапии, как правило, занимаются анализом и коррекцией разных сторон жизнедеятельности семьи, поэтому мысль об объединении и нахождении соответствий между подходами совершенно естественна.

При разработке диагностических схем внимание сосредоточивается на том, какую именно информацию и в какой последовательности психотерапевт должен получить в ходе изучения семьи. Все схемы анамнеза нацеливают на получение двух видов информации о семье. Во-первых, это сведения о семье, которые в любом случае нужны при работе с ней, вне зависимости от того, какая семья и с какой целью обследуется: при работе с любой семьей необходимо знать ее состав, возраст ее членов, к какому социальному слою она относится и целый ряд других моментов. Во-вторых, это сведения об отдельных аспектах функционирования семьи, которые считаются наиболее важными в семейной психотерапии.

Рассмотрим известную модель Мак-Мастерса, разработанную тремя учеными — Эпштейном, Бишопом и Левином, которая ставит своей целью дать общее и всестороннее представление об изучаемой семье в данный момент, ориентируя семейного психотерапевта на изучение 6 аспектов функционирования семьи: ее способности к решению проблем, коммуникации в семье, семейных ролей, аффективной отзывчивости, аффективной вовлеченности и контроля над поведением (Epstein N., Bishop D., Lewin S., 1962, 1978). Охарактеризуем каждый из аспектов этой модели.

1. *Способность семьи к решению проблем.* Авторы исходят из предположения, что, какова бы ни была проблема, с которой сталкивается семья в своей повседневной жизни, ее члены должны:
   а) опознать проблему — т. е. понять, что перед ними именно проблема, требующая интеллектуальных и других усилий для ее разрешения. Без этого осознания семья может, например, ощущать неудовлетворенность жизнью, но полагать, что так и должно быть, и не задумываться о том, что должно и может быть иначе;
   б) иметь информацию о проблеме: все, кто должен принять участие в ее решении, узнают о ней от того, кто первым ее обнаружил;
   в) рассмотреть альтернативные пути решения: плохо, если принимается «первое попавшееся решение»;
   г) принять одно-единственное решение: обсуждения не могут продолжаться вечно;
   д) осуществить это решение;
   е) убедиться в успешности своих действий и оценить результат. Авторы справедливо указывают, что неспособность семьи к решению проблем

вызывает цепную реакцию негативных последствий, одинаковых для разных семей и при решении разных проблем. Причиной несостоятельности в решении проблем может быть нарушение на любом из перечисленных этапов.

2. *Коммуникация в семье*. Схема анализа этого аспекта жизнедеятельности семьи в значительной мере отражает достижения коммуникативной школы, в нее включены характеристики, от которых зависит успешность коммуникации. Модель Мак-Мастерса предписывает выяснить две важнейшие характеристики коммуникационных процессов в семье:
   а) открытость или, напротив, замаскированность информации, которой обмениваются члены семьи. Например, предложение одного из супругов «Пойдем погуляем!» коммуникационно открыто, а выражение «Как насчет того, чтобы подышать свежим воздухом?» — это более замаскированный вариант, он допускает многообразные толкования (например, его можно интерпретировать как просьбу открыть форточку). Если в семье превалируют замаскированные высказывания, то можно говорить о стиле замаскированной коммуникации;
   б) является ли коммуникация прямой или косвенной. Если «послание» высказывается именно тому лицу, к которому относится, а не передается ему косвенно, то мы имеем дело с прямой коммуникацией.
3. *Семейные роли*. Ролевая структура семьи включает: функции, которые выполняет та или иная семья, привычные образцы поведения (роли), наличие навыков и умений, необходимых для выполнения роли, правила «приписывания» ролей членам семьи и, наконец, установление ответственности за различные внутрисемейные события.
4. Четвертый аспект — *аффективная отзывчивость* — объединяет группу эмоциональных отношений (Сатир В., 1988).
5. В центре пятого аспекта — *аффективной вовлеченности* — характер мотивации, определяющий отношение индивида к семье, его привязанность к ней. Авторы модели диагностического анализа выделяют типы вовлеченности, которые наиболее важно учитывать в клинической практике, в том числе:
   а) недостаточный уровень эмоциональной вовлеченности в семью;
   б) «нарциссическая» вовлеченность, в основе которой лежит эгоцентризм, а интерес к семье существует лишь постольку, поскольку она обеспечивает удовлетворение чувства тщеславия и укрепление самооценки;
   в) сверхвовлеченность: индивид эмоционально полностью слит с семьей, неудача или разрушение семьи равносильны для него гибели;
   г) симбиотическая связь: утрата индивидом способности действовать и жить самостоятельно, полная зависимость от других членов семьи.
6. *Контроль поведения* — способ, каким семья оказывает влияние на поведение своих членов, регулирует его (ригидный контроль, хаотический, гибкий и др.).

Модель Мак-Мастерса весьма популярна и используется многими психотерапевтами. Знакомство с ней показывает, что она в состоянии удовлетворить ряд

практических потребностей, возникающих при исследовании семьи, так как дает психотерапевту программу первичного изучения семьи, может подсказать, что именно ему еще не известно, о чем у него недостаточное представление. Если психотерапевт собирает сведения о семье в соответствии с данной диагностической схемой, то к концу исследования он уже неплохо представляет себе семью. В то же время многие важные диагностические проблемы остаются в данной схеме нерешенными — например, следующие.

1. Как соотносятся между собой рассмотренные группы характеристик семьи? Какой взаимосвязи между их нарушениями можно ожидать?
2. Существуют ли такие аспекты, которые не включены в диагностическую схему; каковы они и в каких случаях их нужно рассматривать? Фактически выделение именно этих аспектов жизнедеятельности семьи отражает не столько важность и значимость их в жизни семьи, сколько внимание, которое уделяется им представителями основных школ семейной психотерапии.

Проблемный подход. В этом случае отбор параметров, которые должны быть в центре внимания, совершается иным способом. Как врач, изучая определенную болезнь, больше всего интересуется совокупностью тех факторов, которые имеют непосредственное отношение к тому, что организм не справился с определенной нагрузкой, так и семейный психотерапевт, изучая неблагополучную в каком-либо отношении семью, прежде всего выявляет особенности, определяющие ее неспособность справиться с психической нагрузкой. В схему диагностического анализа при этом включается метод выявления и изучения типовых «слабых мест» семьи. Характерной является диагностическая схема, разработанная американскими психотерапевтами, — «Трехосевая классификация проблемных семей» (Tseng, V. J. McDermott, 1979).

Нарушения развития семьи (первая ось): совокупность трудностей, возникающих на различных этапах развития любой семьи (первичная дисфункция), трудности установления удовлетворяющих отношений между супругами; проблемы, возникающие с появлением ребенка, с трудными этапами в его развитии, при уходе из семьи выросших детей и смерти близких; семейные кризисы, связанные с оставлением семьи одним из супругов, с повторным браком; хроническая неустойчивость семьи в связи с частыми отъездами одного из ее членов.

Нарушение семейных подсистем (вторая ось): дисфункция в супружеских отношениях (нарушение взаимной дополняемости, конфликт интересов супругов, патологическая зависимость одного из них); нарушения в подсистеме «родители–дети»; нарушения в подсистеме «братья–сестры».

Нарушения функционирования семейной группы (третья ось): во-первых, нарушения интеграции отдельных членов в семье (дезинтеграция семьи; патологически интегрированная семья — случай, когда члены семьи вовлечены в не соответствующие им социальные роли; сверхструктурированная семья — при наличии жесткой системы ролей, ограничивающих инициативу отдельного ее члена, и др.); во-вторых, ряд нарушений во взаимоотношении семьи с окружающим миром (социально изолированные семьи; семьи людей с отклоненным поведением).

Схема является «трехосевой», что означает, что существует возможность совпадения в семье проблем основных групп и их взаимного усиления.

«Трехосевая классификация» — самая интересная и наиболее последовательная попытка применить проблемный подход для диагностики семьи. Она вооружает исследователя четкой методикой выявления семейных проблем и анализа их соотношений, однако не лишена некоторых недостатков: она настраивает семейного психотерапевта на поиск признаков определенных проблем, описанных в рамках методики, вместо того чтобы анализировать структуру и функции семьи в целом. Такой подход чреват смещением интереса с целостного анализа семьи на симптоматическое лечение отдельного семейного «органа».

Факторные модели семьи. К ним относятся диагностические схемы, основные параметры которых выявляются путем факторного анализа, т. е. методом математической статистики, который дает возможность экономного описания объекта — выявления таких его характеристик, которые позволяют получить максимально полную информацию о нем. Для этого сначала дается возможно более полный перечень характеристик определенной группы объектов (например семей), а затем с применением математических процедур выявляется наименьшее число характеристик, с помощью которых объекты описываются столь же полно.

В качестве наиболее известного примера использования факторного анализа опишем «круговую модель», разработанную Д. Ольсоном с соавторами. Они выделили два семейных фактора, которые наиболее полно характеризуют любую семью: семейное согласие (*cohesion*) и адаптируемость (*adaptability*).

Семейное согласие — степень эмоциональной связи между членами семьи: при максимальной выраженности этой связи они эмоционально взаимозависимы, при минимальной — имеет место далеко идущая эмоциональная автономия каждого члена семьи.

Семейная адаптируемость — характеристика того, насколько гибки или, наоборот, стабильны отношения в семье. Авторы «круговой модели» полагают, что оптимальным является некоторый промежуточный (средний) уровень стабильности. Каждая из двух основных характеристик семьи может иметь четыре степени выраженности: две умеренные и две крайние. Характеризуя адаптируемость семьи, авторы выделяют следующие степени: ригидная — крайне устойчивая, стандартная — умеренно устойчивая, гибкая — умеренно неустойчивая, хаотичная — крайне неустойчивая. Точно так же четыре степени выделяются и при характеристике эмоциональной вовлеченности. Пересечение этих переменных (учитывая, что любая степень адаптируемости может сочетаться с любой степенью эмоциональной вовлеченности) дает 16 типов семей. Сочетание умеренных степеней выраженности дает четыре типа нормальных семей. Например, гибкая и эмоционально вовлеченная семья будет заметно отличаться от семьи стандартной и слабо эмоционально вовлеченной. Для первой более характерны спонтанные проявления чувств, меньшая взаимная предсказуемость действий, резкие изменения эмоционального климата семьи, значительно большее разнообразие форм общения, в том числе взаимного проявления чувств; члены такой семьи легче находят контакт с детьми, лучше понимают их, им в большей степени присуще стремление к игровому, разнообразному проведению досуга. Остальные 12 типов семей, представляющих собой сочетания крайних степеней выраженности основных характеристик или умеренной степени одной с крайней степенью выраженности другой, имеют тенденцию к нарушениям.

Первоисточником нарушений в семье может оказаться любая из весьма многочисленных сторон ее жизни. Выход вышеуказанных переменных за определенные рамки (повышенная ригидность отношений в семье, чрезмерная или недостаточная эмоциональная связь) может или вообще не иметь отношения к истинному источнику нарушений в семье, или просто указывать на то, что в данной семье «не все в порядке».

Наряду с факторным анализом применяются и некоторые другие методы — метод главных компонент, интуитивная таксономия и т. д. (Айвазян С. А. и др., 1974).

Интуитивная таксономия. При этом подходе выделяют, руководствуясь прежде всего интуицией, успехами в коррекции семейных нарушений и всем опытом работы, определенные типы семей, которые содействуют возникновению и развитию нервно-психических расстройств. В семейной психотерапии опыт психотерапевта имеет огромное значение: результаты исследований эффективности семейной психотерапии дают материал для подтверждения той очевидной истины, что в семейной психотерапии, как и в любой другой сфере человеческой деятельности, опытный человек добивается лучших результатов, чем малоопытный; они подтверждают, что, независимо от принадлежности психотерапевта к той или иной школе, накопленный им опыт ведет к повышению эффективности психотерапии (Frame L., 1982).

Поэтому и возникают многочисленные типологии семей, отражающие представления (во многом интуитивные) ведущих специалистов в области семейной психотерапии. Эти типологии содержат, как правило, не более 7 типов семей, каждый из которых сопровождается емким, ярким и хорошо опознаваемым описанием. Известные явления семейной патологии рассматриваются как результат принадлежности семьи к тому или иному типу. Диагностика семьи в значительной мере сводится к установлению того, к какому же типу данная семья относится.

Обосновывая свою типологию, ее авторы обычно ссылаются на значительный опыт работы и большое число обследованных семей. Примером такого подхода может быть типология, разработанная исследователями в Институте им. В. М. Бехтерева. «В основу исследования, — пишет автор, — положены наблюдения в процессе семейной психотерапии над 60 супружескими парами, в которых как минимум один из супругов болен неврозом... В процессе исследования мы пришли к выводу, что наиболее существенной и содержательной характеристикой совместной деятельности супругов является стиль супружеских взаимоотношений. Под стилем здесь понимается устойчивая совокупность свойств, присущих данному взаимодействию на протяжении длительного времени... При всем разнообразии индивидуальных стилей они, по нашим наблюдениям, могут быть условно сгруппированы в три основных типа, которые мы обозначаем как соперничество, псевдосотрудничество и изоляцию» (Мишина Т. М., 1978).

Отнесение семьи к тому или иному типу осуществляется неформализованно, на основе учета соотношения значительного числа характеристик: мотивационных структур, составляющих содержательную сторону противоречий в процессе совместной деятельности; способов компенсации, позволяющих семье устойчиво существовать несмотря на наличие противоречий; обстоятельств, вызывающих декомпенсацию, и т. д.

Еще одним примером интуитивной таксономии является типология семей, имеющих нарушения, разработанная ученым из ГДР Вернером (Werner R., 1980). Им выделены, в частности, следующие типы семей:

- динамическая — сверхподвижная, характеризующаяся полным отсутствием устойчивости, определенности ритма жизни и взаимоотношений;
- неуверенная — с многочисленными реакциями страха по отношению к окружающему миру, склонная к боязливому подавлению внутренних конфликтов, с ярко выраженной ипохондричностью;
- сверхустойчивая — с доминирующим значением в жизни семьи устоявшихся привычек, семейной рутины, устойчивых и неизменяемых даже в случае крайней необходимости способов поведения и общения;
- летаргическая — с ослабленностью мотивационных сфер, с полным отсутствием инициативы, с нежеланием применять силы и способности в какой-либо сфере жизни и склонностью при решении всех проблем идти по линии наименьшего сопротивления;
- демонстративная — полностью ориентирующая свою жизнь на создание определенного впечатления у социального окружения.

Интуитивная таксономия как подход к диагностике семьи имеет ряд важных преимуществ. Такой подход вообще характерен для начальных стадий изучения какой-либо сферы социальной деятельности.

Нужно напомнить, что именно интуитивное выделение типов ознаменовало начальный этап развития психологии, сыграв большую роль в развитии психиатрии, особенно учения о психопатиях. Отталкиваясь от описаний типов «циклотимиков», «шизотимиков», «экстравертов», «интровертов» и т. д., исследователи позднее разработали более строгие психологические характеристики, соответствующие этим типам, создали научный инструментарий для их изучения и выявления.

Созданные таким образом типологии помогают врачу и психологу, активизируя их интуицию, столь важную для понимания семьи. В ходе семейного просвещения и рациональной психотерапии они играют весьма положительную роль: знакомство с семейными типологиями для многих людей является важным шагом в разрушении обыденного представления, что все семьи психологически одинаковы: хотят одного и того же, боятся одного и того же, зависят от одних и тех же обстоятельств.

В то же время данный подход имеет и свои недостатки. Интуитивно выделенные типы, как правило, не соответствуют ряду требований научной типологии. Чаще всего не соблюдается требование единства критерия: один тип обычно выделяется по одним признакам, другой — по другим. Следствием этого является взаимное наложение типов, наличие многочисленных «смешанных вариантов». Диагностические критерии типологий бывают, как правило, нестрогими. Правильность отнесения семьи к тому или иному типу в значительной мере определяется искусством психотерапевта.

Таким образом, в настоящее время существуют различные подходы к выбору направления семейного диагноза, к отбору круга характеристик, на которые должно быть обращено основное внимание при поиске причин нарушений в семье. Каждый из этих подходов имеет свои положительные стороны и свои недостатки.

Именно в установлении соотношений достоинств и недостатков различных подходов нужно искать пути их рационального использования.

Подход в духе модели Мак-Мастерса наиболее уместен в тех случаях, когда необходимо глубокое изучение семьи и есть основания считать, что нарушены различные стороны ее жизнедеятельности, и, наконец (учитывая длительность такого подхода и большую трудоемкость), если есть необходимые условия для исследования. Методы, основанные на изучении главных характеристик, более приемлемы для оперативного изучения семьи. Проблемный подход применим в случаях, когда есть основания полагать, что нарушения в жизнедеятельности семьи связаны с ее неспособностью решить какую-то проблему, причем эти нарушения достаточно локализованны и не охватывают семью в целом.

Типология семей, построенная с помощью метода включенного наблюдения в процессе семейной психотерапии

Данная диагностика, не свободная от субъективности психотерапевта, имеет определенные преимущества.

1. Все паттерны взаимодействия членов семьи отслеживаются в динамике в зависимости от складывающихся ситуаций. Сошлемся в качестве примера на случай Сальвадора Минухина (1974).

На сеансе семейной психотерапии женщина — «носитель симптома», страдающая депрессией, многословно обвиняла своего мужа в том, что он — черствый человек, неспособный любить ее, их троих детей, заботиться о них и т. д. В это время заплакал грудной ребенок, лежавший в коляске. Женщина как ни в чем не бывало продолжала жаловаться, двое взрослых сыновей молча сидели на стульях, и только мужчина — глава семьи — встал и начал успокаивать ребенка.

В данном случае невербальное поведение членов семьи сказало значительно больше, чем рассказ одного из ее членов.

2. Все члены семьи как системы вовлечены в диагностический и психотерапевтический процессы.

В настоящее время выделяют два основных типа семей: нормально функционирующая и дисфункциональная (Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис, 1999).

Нормально функционирующая семья — та семья, которая ответственно и дифференцированно выполняет все свои функции, вследствие чего удовлетворяется потребность в росте и изменениях семьи в целом и каждого ее члена.

Дисфункциональная семья — та семья, в которой выполнение функций оказывается нарушенным, что препятствует личностному росту и блокирует потребности в самоактуализации. В дисфункциональных семьях, как правило, отмечаются крайности: избыточная ригидность или размытость (диффузность) границ семейных подсистем; «закрытость» семьи или ее хаотичность. Для дисфункциональных семей характерны также нарушения процессов общения на вербальном и невербальном уровне. С. Минухин (1998) указывает на большую объективность невербальной информации.

Типы дисфункциональных семей[1]

1. *Семья «па-де-де».* Семья, состоящая всего из двух человек. Это могут быть или родитель — ребенок, или супруги. Структура из двух человек может приводить к симбиотической зависимости друг от друга, что мешает потенциальному функционированию обоих членов семьи.
2. *Семьи, состоящие из трех поколений.* Расширенная семья, состоящая из трех поколений, живущих вместе: прародители, родители и дети — наиболее распространенный в России тип семьи. Существуют различные формы семей, состоящих из трех поколений, начиная с комбинации из родителя-одиночки, деда или бабушки и ребенка и заканчивая сложной сетью самостоятельных родственных систем, которым не обязательно жить в том же доме, чтобы оказывать на ребенка большое влияние. В данных семьях нарушены границы между подсистемами, функции родителей часто берут на себя прародители.
3. *Семья типа «башмак» (семья с делегированием обязанностей).* Семьи с многочисленной детской подсистемой. При наличии в доме многочисленных детей обычно на одного или нескольких старших детей возлагаются родительские обязанности. Эти дети берут на себя функции выращивания остальных детей в качестве представителей родителей. Когда на «ребенка-родителя» возлагается непосильная для него ответственность или когда он не наделен властью, достаточной для исполнения своих функций, он может стать носителем симптома. Такой ребенок чувствует себя исключенным из детской подсистемы, но и не вполне принятым в родительский холон.
4. *Флюктуирующие семьи (бродячие семьи).* Семьи, часто меняющие место жительства (пример: семьи военнослужащих). Это также могут быть семьи, в которых часто меняется их состав (родитель-одиночка вступает в многочисленные, следующие одна за другой любовные связи, в каждом случае новый человек рассматривается как потенциальный родитель).
   Особенности флюктуирующих семей: размытость, большая открытость внешних границ, нестабильность (в месте жительства, в работе...), неопределенность, высокий уровень общей семейной тревоги.
5. *Семья-«аккордеон».* Семьи, в которых кто-либо из значимых членов семьи подолгу отсутствует дома. Когда один из супругов уезжает, остающийся вынужден брать на себя дополнительные воспитательные, управляющие и руководящие функции, иначе дети окажутся лишенными этого вообще. На какое-то время родительские функции оказываются сосредоточенными в руках одного человека, и семья приобретает форму неполной — семьи с одним родителем. Возложение добавочных функций на супруга, остающегося дома, наносит ущерб сотрудничеству между супругами. Дети могут еще больше усиливать разобщение родителей, при такой организации семьи возникает тенденция к отгораживанию родителя, оказавшегося в отъезде.
6. *Семьи с «призраком» (семьи с «привидением»).* Семья, пережившая смерть или уход одного из своих членов, может столкнуться с проблемами при

[1] Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990; Минухин С., Фишман Ч., 1998; Билецкая М. П., Маликова Т. В., 2006.

распределении его обязанностей. Проблемы, возникающие в таких семьях, их члены могут переживать как незавершенность траура («Вот если бы мать была жива, она бы знала, что нужно делать». Прежние коалиции между членами семьи могут сохраняться такими, как будто мать еще жива).

7. *«Семья амазонок»*. Семья с преобладанием женской подсистемы. Мужчина находится в стороне, часто он оказывается «козлом отпущения»: на него перекладывается вся ответственность за все промахи и неудачи в семье.
8. *«Семья джентльменов»*. Семья с преобладанием мужской подсистемы. В таких семьях всегда есть соперничество между мужчинами за внимание и любовь единственной женщины. В семье негласным лидером чаще оказывается женщина.
9. *Семья «Чья возьмет?» (семьи с приемным родителем)*. Воспитание ребенка неродным родителем, мачехой или отчимом, и родным родителем. Когда в семью входит приемный родитель, он должен пройти процесс интеграции. Он может не полностью влиться в новую семью или прежняя семейная единица может удерживать его на периферии. Дети могут ужесточить требования к родному родителю, обостряя стоящую перед ним проблему раздвоенности. В тех случаях, когда до нового брака родителя дети жили отдельно от него, они вынуждены приспосабливаться и к собственному родителю, и к приемному. Кризисы в этой семье сравнимы с проблемами нового семейного организма.
10. *Опекунские семьи*. Потенциальная проблема такой формы семьи состоит в том, что иногда она организуется как настоящая семья. Ребенок включается в семейную систему. Если после этого у него появляются симптомы, то они могут быть результатом стрессов внутрисемейного организма. Следует оценить связь симптома с организацией семьи. Если симптоматика есть следствие вхождения ребенка в новую систему, то эта система функционирует так, как будто находится в переходном состоянии. Наоборот, если ребенок уже полностью интегрирован в семью, то его симптомы обусловлены организацией этой семьи.
11. *Психосоматические семьи*. Такие семьи функционируют лучше всего, когда в них кто-то болен. К особенностям данных семей относят: излишнее стремление оберегать друг друга; сверхпереплетенность или чрезмерную сосредоточенность членов семьи друг на друге; неспособность к разрешению конфликтов; огромные усилия, затрачиваемые на поддержание мира или избежание конфликтов, крайняя жесткость структуры. Обострение заболевания объединяет членов семьи, симптом выполняет морфостатическую функцию в данной дисфункциональной семье. При ремиссии заболевания в семье наблюдаются жесткость в отношениях, возникают эмоциональные барьеры, нагрузочность правил.
12. *Замещение*. Отсутствие в семье кого-либо из родителей. Родительские функции при этом, а отчасти и супружеские (духовного, культурного общения, хозяйственно-бытовые), берет на себя ребенок.
13. *Семьи «только ты»*. В пожилой семье рождается долгожданный ребенок. Все, что происходит в семье, делается для него и во имя него. Характерно патологизирующее семейное воспитание по типу «кумир семьи».

14. *Семья с инвалидом.* Для данных семей характерно чувство вины, компенсирующееся отказом родителей от других социальных и семейных ролей. Границы этих семей чрезвычайно закрыты, для них характерны высокий уровень агрессии и множество психологических защитных механизмов.
15. *Семья с психически больным человеком.* Для данных семей характерны жесткие границы, для них выражены семейные секреты, страх (желание скрыть от общества болезнь; страх, не болен ли сам), возможно игнорирование болезни.
16. *«Неуправляемые семьи»*: проблемы управляемости могут быть различными в зависимости от уровня развития членов семьи:
    - в семьях с маленькими детьми при неустойчивом стиле воспитания ребенок не признает правил и превращается в «маленького тирана»;
    - в семьях с детьми-подростками проблемы управляемости могут быть связаны с неспособностью родителей перейти со стадии заботы о ребенке на стадию уважения к подростку;
    - в семьях с малолетними правонарушителями возможность управления со стороны родителей зависит от факта их присутствия. Родители стремятся осуществлять как можно больше управляющих действий, что часто оказывается неэффективным. Стереотипы общения в таких семьях часто хаотичны. Общение организовано вокруг мелких, не связанных между собой аффективных взаимодействий;
    - семья, где с детьми плохо обращаются, слишком часто становится единственным полем проявления власти и компетентности одного из родителей, выражающихся в форме агрессии. Характерна чрезмерная сосредоточенность друг на друге членов семьи;
    - в семьях с отстающими в развитии детьми родители часто не способны адекватно реагировать на потребности ребенка. Данные семьи разобщены.

Диагностические проблемы получения информации о семье. Исследователь должен не только понять, какая именно информация ему нужна для определения направления диагностического исследования, — он должен еще ее получить. Например, если при изучении источников определенного нервно-психического расстройства необходимы сведения об уровне удовлетворенности члена семьи, перед исследователем возникает следующий вопрос: каким образом можно выявить этот уровень удовлетворенности? Решение этого вопроса связано как минимум с тремя проблемами:

1) *проблема интимности*: в соответствии с моральными и эстетическими нормами, с обычаями и традициями нашего общества некоторые области жизни семьи скрыты пеленой интимности и поэтому труднодоступны для посторонних людей;
2) *проблема изменчивости*: многие события семейной жизни протекают быстро, не задерживая на себе внимания, легко ускользают даже от опытного и тренированного наблюдателя;
3) *проблема разбросанности данных*: многие явления, представляющие интерес для семейного психотерапевта, существуют в разных сферах деятельности семьи и проявляются только в отдельные моменты ее жизни. Например, такой феномен, как подчинение одного члена семьи другому, проявляется

не непрерывно, а лишь в определенных ситуациях (когда у подчиненного члена семьи возникает желание поступить по-своему и это не соответствует планам доминирующего).

Семейные психотерапевты упорно ищут пути решения всех трех проблем.

Проблема полноты информации и преодоление барьера интимности. Беседуя с членами семьи, наблюдая за их жизнью, психотерапевт стремится создать все условия для того, чтобы дать им возможность без стеснения и полно раскрыть жизнь своей семьи. Как и в других видах психотерапии, это достигается соответствующим отношением психотерапевта, его благожелательностью, готовностью без стеснения и ограничений обсуждать даже самые щекотливые вопросы, а также тем, в какой мере он сумеет создать у члена семьи уверенность в том, что правильно понимает его, что не имеет другого, затаенного мнения об услышанном от пациента и, наконец, что все услышанное останется полной тайной.

Психологические барьеры к установлению контакта с психотерапевтом настолько глубоки и разнообразны, что нередко для того, чтобы их обнаружить и обойти, требуется большое искусство. На первом этапе установление глубокого контакта напоминает движение вслепую. Неудивительно, что семейные психотерапевты пытаются найти альтернативные пути обеспечения полноты информации.

Один из них — техника «присоединения к семье», разработанная американскими семейными психотерапевтами С. Минухиным и И. Фишманом (Minuchin S., Fishman C., 1981). Техника эта предполагает более или менее длительное присоединение психотерапевта к семье (в одних случаях — совместное проживание с семьей, в других — совместное проведение досуга на протяжении какого-то времени). Такое присоединение дает психотерапевту совершенно уникальную возможность наблюдения семьи в ее повседневных условиях и привычных взаимоотношениях. Минухин описал разнообразные приемы, облегчающие присоединение к семье. Прием «аккомодации» сводится к тому, что психотерапевт, не пытаясь внести какие-либо изменения в жизнь семьи, напротив, старается усвоить неписаные правила ее жизни и проверяет правильность своего понимания их сознательным применением. Прием «поддержания» заключается в том, что психотерапевт выявляет существующую в семье структуру отношений и действует только через нее. Например, если в определенной семье мать является лидером, то контакт с детьми психотерапевт устанавливает только через нее. Прием «мимезиса» включает попытки воспроизведения стиля общения, принятого в семье, вплоть до употребления тех же слов и оборотов. Нетрудно понять, что все описанные и многие другие приемы ориентируют психотерапевта на крайнюю осмотрительность при присоединении к семье, удерживают его от соблазна необдуманного психотерапевтического вмешательства, который очень силен, когда психотерапевт непосредственно наблюдает жизнь семьи. С другой стороны, данные приемы нацеливают психотерапевта (по крайней мере, на диагностической стадии) на наиболее полное слияние с семьей, ибо лишь оно позволяет ему не только понять, но и испытать на себе то, что происходит в семье.

Нет никаких сомнений в том, что организация непосредственного наблюдения за жизнью семьи, попытка практически освоить правила, регулирующие семейные взаимоотношения, дает значительные возможности в изучении и понимании семьи. Методика «присоединения» произвела большое впечатление на психотерапевтов различных школ как наиболее смелая и последовательная. Все

чаще в печати появляются сообщения о различных формах участия психотерапевтов в жизни семьи. Одной из форм такого участия являются, например, совместные семейные психотерапевтические лагеря.

Проблема изменчивости психологической информации о семье. Как указывалось ранее, многие аспекты взаимоотношений в семье трудноуловимы в силу своей привычности и мимолетности. Это в особенности касается взаимной коммуникации, выражения эмоций, привычных реакций членов семьи на различные события внутрисемейной жизни. Выявление этих особенностей тем более необходимо, что именно неосознаваемая и малоосознаваемая часть семейных отношений оказывает наименее управляемое воздействие на членов семьи, на их представления друг о друге, на интерпретацию получаемых ими сообщений, просьб, замечаний.

С самого начала развития психотерапии возникла необходимость в технике, позволяющей увидеть происходящее в «замедленном темпе». Этой цели служат главным образом магнитофонная запись и видеозапись. Первые сообщения о применении видеозаписей в психотерапии появились в 1973 г. (Beck D., 1973). После этого интенсивно изучались терапевтические и диагностические возможности видеозаписи при осуществлении семейной психотерапии (Heim E., Steiner S., 1979; Scholz M., 1980). Видеозапись обычно осуществляется в ходе совместного выполнения членами семьи какого-либо задания, которое им дал психотерапевт. Это может быть обсуждение какого-либо вопроса или же любая совместная деятельность. Важно, чтобы в задание вовлекались все члены семьи, чтобы от них требовалась определенная активность и внимание. В этих условиях во взаимодействии членов семьи друг с другом активно проявляются привычные для них образцы поведения, коммуникации, сотрудничества. Видеозапись создает широкие возможности выявления и изучения этих привычных реакций. Уже непосредственный просмотр полученного материала с членами семьи позволяет обнаружить источники нарушений коммуникации и взаимодействия. В качестве иллюстрации непосредственного диагностического эффекта приведем высказывания участников семейной психотерапии, проводившейся М. Шольцем (Scholz M., 1960). Авторитарно ведущий себя отец после просмотра видеозаписи заявил: «Когда я себя таким увидел, то мне стало понятнее, что чувствует мой сын и почему он вечно ершится передо мной. Наверное, дома я еще хуже». Подчеркивая значение полученной во время семейной видеотерапии информации, другая участница заявила: «Каждый раз, когда я попадаю в похожую ситуацию, я думаю: а как бы это выглядело по телевизору? Не все, что вы (психотерапевт) мне говорили, я помню, но вот из того, что я увидела, я запомнила все».

Для анализа видеоматериалов разрабатываются специальные оценочные шкалы. Они содержат перечень того, что нужно учитывать, наблюдая на видеозаписи семью, выполняющую то или иное задание. В качестве примера рассмотрим шкалу «отношение», которая призвана выявлять эмоциональные взаимоотношения между членами семьи, существующие на невербальном уровне (Scholz M., 1980). Известно, что даже если словесно члены семьи выражают исключительно положительные эмоции, то несловесно (поведением, жестами, интонацией, мелкими особенностями обращения) могут выражать эмоции прямо противоположные. Видеозапись и наблюдения с помощью упомянутой шкалы дают уникальную возможность наблюдать эту сторону семейных взаимоотношений. В соответствии

со шкалой «отношение» можно выявить следующее (например, при исследовании отношения родителей к детям):

- характер телесных контактов: касания, поглаживания, дружеские толчки свидетельствуют о том, что имеется «принятие»;
- особенности контакта глазами: о «принятии» свидетельствуют постоянные контакты глазами, сопровождаемые улыбкой;
- особенности интонации: о «принятии» свидетельствует мягкий тон, отсутствие категоричности.

Другие разделы шкалы учитывают скорость речи, физическую дистанцию, которая выдерживается при общении. Применение видеозаписи создает возможность тщательного изучения многих сторон жизни семьи, выявления того, что при обычном обследовании ускользает.

Проблема разбросанности данных. Многие явления, интересующие психотерапевта, проявляются не концентрированно, а в разные моменты жизни семьи и в разных сферах ее жизни. Для того чтобы их выявить, необходимо специально создавать экспериментальные ситуации, в которых поведение индивида свидетельствует об их наличии или отсутствии.

В ходе семейной психотерапии психотерапевт сталкивается с такими ситуациями, когда одному из супругов необходимо правильно понять мысли и чувства другого, обнаружить определенный уровень эмпатии. Однако таких ситуаций может быть недостаточно, они могут быть двусмысленными, допускать различные толкования. Специальное же исследование дает возможность на протяжении относительно короткого времени многократно наблюдать проявления прогностической эмпатии, хорошо изучить ее особенности.

Другая возможность изучения свойств, проявляющихся нерегулярно, — это применение опросников, опирающихся на самооценку супругов. В нашей стране, как и за рубежом, проделана значительная работа по разработке различного вида опросников. Созданы методики для оценки уровня благополучия супружества и удовлетворенности браком; понимания партнера, его эмоциональной привлекательности и уважения к нему, ролевых ожиданий в браке (в аспекте воспитания детей, организации быта, интимных отношений, эстетических ценностей, изучения конфликтности отношений) (Волкова А. Н., 1985). Опросники дают возможность быстро получить информацию о самых разнообразных аспектах семейных отношений, но их надежность нередко в значительной мере зависит от способности членов семьи к самонаблюдению, к адекватному восприятию различных сторон жизни своей семьи. Исследования самопознания людей, интенсивно проводящиеся в последнее время, свидетельствуют о том, что при наблюдении нерегулярных и слабо концентрированных событий в своей собственной жизни индивид сталкивается со значительными трудностями, которые возникают, в частности, в силу «искажения перспективы» (Kozielecki J., 1985). Индивид, наблюдающий за собой, многое воспринимает не так, как сторонний наблюдатель (Heckhausen H., 1986). Все это приходится учитывать при использовании автохарактеристик членов семьи и их отчетов.

Поэтапная методика изучения семьи и ее роли в возникновении и течении нервно-психических расстройств. Приводим методику изучения семьи, применявшуюся нами в процессе подготовки и в ходе семейной психотерапии. Методика

представляет собой описание сменяющих друг друга этапов диагностического изучения семьи, в которое включается характеристика основных целей каждого этапа, встречающихся трудностей и путей их решения, а также методические инструменты, которые могут быть использованы. Основное требование, которое ставилось при разработке методики, — это прежде всего последовательность: необходимо обеспечить такой ход исследования, при котором не возникает ничего лишнего и каждый этап приближает к выявлению искомых нарушений и в то же время дает максимально возможное количество информации о том, как нужно строить изучение семьи на следующем этапе.

Этап I. Установление необходимости психотерапевтического изучения семьи. Предварительное знакомство. Продолжительность этапа — первые 10–15 минут знакомства с семьей, точнее, с теми ее членами, которые получили направление на семейную психотерапию или сами обратились к психиатру. Необходимо установить наличие внешних признаков существования психотравмирующего семейного отношения: нарушения семейных взаимоотношений и жизнедеятельности семьи в целом; заболевание одного из членов семьи, в этиологии которого возможно участие семьи, — прежде всего различные формы неврозов и психосоматических заболеваний, декомпенсация психопатий и психопатических развитий, острые аффективные реакции, нарушения половой функции, алкоголизм, суицидальное поведение и другие нервно-психические расстройства, общей особенностью которых является то, что их источником может быть психическая травматизация (Канторович Н. В., 1967); при наличии других заболеваний учитывается возможная роль семьи в их хронификации или в ходе коррекции.

В беседе выясняется уровень конфликтности, напряженности, тревожности, степень взаимопонимания и удовлетворенности семейной жизнью, характеристика эмоциональных взаимоотношений; наличие внешних признаков связи между нервно-психическим расстройством и проявляющимися нарушениями в жизни семьи (в частности, соответствие между характером заболевания и нарушениями в семье). Если пациент болен неврастенией и в ходе беседы выявляется высокий уровень нервно-психического напряжения в семье, то это воспринимается как соответствие.

Этап II. Общее знакомство с семьей. Основная цель этапа — формирование у психотерапевта верного общего представления о семье, способности правильно представлять себе различные стороны жизни семьи и взаимоотношений ее членов. Основным средством достижения этого понимания является беседа. В одних случаях — свободная, когда психотерапевт предоставляет возможность члену семьи взять инициативу в свои руки; в других случаях задаются вопросы. Опыт показывает, что на практике чрезвычайно трудно и вряд ли целесообразно стремиться выдержать определенное направление и рамки беседы. Диагностические схемы на этом этапе полезны тем, что дают возможность психотерапевту контролировать объем своих знаний о семье, устанавливать, что он уже знает, а о чем пока не получил сведений.

На этом этапе чрезвычайно важен выдвинутый нами принцип «контролируемого формирования представления о семье». Необходимость его связана с тем, что на данном этапе особенно велика роль интуиции. Стремясь получить представление о семье, психотерапевт, хочет он того или нет, мобилизует и свой личный семейный опыт, и опыт, приобретенный в ходе общения с другими семьями,

в том числе и профессионального, поэтому очень важно, чтобы он имел возможность проконтролировать себя, выяснить, насколько возникающий образ жизни исследуемой семьи и взаимоотношений в ней близок к реальному, насколько удалось понять особенности внутренней жизни членов семьи. Для этого используется следующий методический прием — в ходе первой встречи члены семьи заполняют одну из анкет (см. приложения 1–3). Анкета до некоторых пор не анализируется, а позднее, когда у психотерапевта складывается ощущение, что он уже хорошо знает семью и верно представляет себе взаимоотношения в ней, он пытается ответить на вопросы анкеты за отдельных членов семьи и затем сравнивает их с действительными. При этом от психотерапевта требуется хорошее знание уклада жизни семьи, особенностей личности отвечавшего, его отношения к разным ситуациям и его реакции на обследование. Если психотерапевту удается угадать 80% ответов, делается вывод о том, что он уже хорошо представляет себе жизнь семьи, что у него имеется достаточно надежная мысленная модель изучаемой семьи. При угадывании 60% ответов и менее знание семьи считается недостаточным.

При формировании представления о семье весьма важно правильно оценивать факторы, искажающие его. Обычно в период общего изучения семьи (создания общего представления о ней) перед психотерапевтом возникает картина семейной жизни, в значительной мере откорректированная членами семьи. Даже если психотерапевт (по С. Минухину) будет жить вместе с семьей и повседневно наблюдать за отношениями в ней, то он увидит совсем не те отношения, которые существуют в его отсутствие.

Еще в большей мере это относится к отчетам членов семьи о своей семейной жизни. Чрезвычайно поучительны в этом смысле исследования самосознания и его влияния на поведение человека. Они показали, что человек значительно меняет свое поведение во всех ситуациях, когда он чувствует себя объектом наблюдения (Heckhausen H., 1986). В этом случае человек ведет себя не так, как обычно: он привык думать, что ведет себя определенным образом, и его поведение приближается к тому, каким он его себе представляет. Эффект изменения поведения у человека, который чувствует, что является объектом наблюдения, отмечается даже тогда, когда наблюдателем является он сам. Об этом свидетельствуют исследования особенностей поведения одного и того же индивида в одинаковых ситуациях в помещениях без зеркал и с зеркалами (Duvall E., Wiklund R., 1972; Frey D. et al., 1978).

Рассмотрим ряд причин искажения картины жизни, показываемой или рассказываемой членами семьи, — «семейные фильтры».

1. *Нормативные представления членов семьи.* У любой семьи имеются определенные представления о том, какой должна быть жизнь семьи, и они испытывают дискомфорт, если их семейные отношения не таковы, какими должны быть. Как характер представлений о том, что должно и чего не должно быть в семье, так и эмоции, ощущаемые членами семьи в случае, если посторонний человек обнаруживает, что в семье «что-то не так», могут очень сильно различаться в разных семьях. Поэтому искажающее влияние нормативных представлений может быть весьма различным. В одних семьях оно очень сильно, в других — значительно меньше. Многое зависит также от того, о каких сторонах жизни идет речь.

Нами разработана методика «нормативное сопротивление» (НС), цель которой — помочь семейному психотерапевту сформировать правильное представление о нормативном «фильтре» данного члена семьи и данной семьи (см. приложение 9). Методика включает набор фактов из жизни различных семей, причем тех, которые могут характеризовать эту семью отрицательно. Каждый такой факт отпечатан на отдельной карточке. Члену семьи предлагается ознакомиться со всеми карточками и ответить себе самому на вопрос: «Если бы Вы узнали это о семье знакомого, как изменилось бы Ваше отношение к нему?» Затем карточки ранжируются — от самого «позорного» факта до наименее «позорного». Нами изучены по этой методике 30 женщин. При обработке данных была предпринята попытка с помощью специальной математико-статистической процедуры установить, насколько совпадает ранжирование карточек по уровню «позорности» у исследовавшихся членов семей. Для этого рассчитывался коэффициент ранговой конкордации по М. Кендэлу (1975). Вопреки ожиданиям, расчет показал низкую степень согласованности в ранжировании карточек разными членами семьи: факты, которые одним кажутся наиболее «позорными», для других таковыми вообще не являются. Это свидетельствует о том, что представления членов семьи очень различны, и, следовательно, необходимо их изучение и учет при проведении семейной психотерапии. Анализ того, как члены семьи разложили карточки, дает семейному психотерапевту общее представление о том, какие стороны жизни семьи будут более всего искажаться при исследовании (при опросе членов семьи, при наблюдениях за их поведением и т. д.).

Другой вариант методики используется тогда, когда нужно выяснить общую выраженность «внешненормативного сопротивления» в данной семье — насколько обследуемые чувствительны к фактам, свидетельствующим о семье негативно. В этом случае инструкция по раскладке карточек звучит иначе: «Прошу вас сгруппировать карточки: в правую крайнюю стопку положите те факты, которые очень “позорны”; в левую — те, что совсем не “позорны” и которыми можно гордиться; в середину — “средние”». В качестве показателя чувствительности и остроты реагирования нами рассматривалось соотношение крайних групп. Чем большее количество карточек в правой стопке, тем чувствительнее семья. Выраженность «внешненормативного сопротивления» — важный показатель, во многом определяющий ход знакомства с семьей на данном этапе. Одной из важных причин, затруднявших обследование Людмилы Д. (см. случай 18), был высокий уровень «внешненормативного сопротивления».

2. *Значение общей картины жизни семьи во взаимоотношениях ее членов* — это еще один важный фактор, искажающий то представление о семье, которое демонстрируют ее члены. Ситуация в семье (состояние отношений в ней, материальное положение и т. д.) — важный аргумент в супружеских спорах. Как только в семье появляется сторонний наблюдатель (психотерапевт), эта функция ситуации в семье становится еще более выраженной. Нам неоднократно приходилось сталкиваться с тем, что в ходе беседы с психотерапевтом члены семьи преувеличивали конфликтность взаимоотношений в своей семье, неблагополучие одного из членов семьи. Причины этого преувеличения оказывались самыми различными: обвинения в адрес другого супруга («Это из-за него сложилось такое положение»); стремление убедить другого супруга в необходимости каких-то решительных мер

для исправления существующего положения; желание привлечь к себе внимание, усилить свою роль в руководстве семьей.

Степень искажения представления о семье, которую демонстрирует тот или иной ее член, может быть весьма различной. В семье, где имеет место острый конфликт, нередко наблюдаются прямо противоположные мнения не только о том, что должно быть в семье, но и о том, что есть. Конфликтующие, описывая одни и те же стороны жизни семьи, искренне и убежденно рисуют совершенно разные картины.

Установить выраженную заинтересованность одного из членов семьи в искажении тех или иных представлений о жизни семьи психотерапевт может по косвенным признакам. Это, во-первых, наличие у других членов семьи противоположной точки зрения и то обстоятельство, что он иначе излагает те же факты; во-вторых, его склонность делать немедленные и достаточно однозначные выводы из того, о чем он говорит и что описывает (весьма вероятно, что родитель, описывающий поведение своего сына и завершающий свой рассказ решительным утверждением, что должны быть приняты срочные меры, сгущает краски, и это связано с тем, что описываемая им картина «функциональна», т. е. он ставит своей целью убедить в чем-то психотерапевта); в-третьих, наличие сопротивления выводам психотерапевта, если они противоречат общей тенденции рассказа (в том же случае — «родитель, рисующий неприглядную картину поведения сына», — на осторожное замечание психотерапевта, что все не так уж страшно, последуют энергичные возражения и добавление новых подробностей плохого поведения).

Истинное положение семьи сложно преломляется через описанные и прочие фильтры и предстает в рассказах и наблюдаемом поведении членов семьи в искаженном виде. Задача психотерапевта на данном этапе — хорошо изучить фильтры информации и уметь учитывать их искажающее воздействие.

Этап III. Выявление психотравмирующей ситуации. Психотерапевт, опираясь на имеющееся у него достаточно надежное и полное представление о семье, сосредоточивает свои силы на выявлении психотравмирующей ситуации. Он пытается дать ответ на вопрос: какие из многочисленных сторон семейных отношений воздействуют на индивида психотравмирующим образом?

На первом этапе (до общего знакомства с семьей) психотерапевт нередко испытывает «дефицит гипотез» — ему трудно предположить с достаточной уверенностью, что именно в жизни данной семьи могло оказать психотравмирующее воздействие. При первом знакомстве с Людмилой Д. она характеризовала свои взаимоотношения со свекровью как очень хорошие, рассказала о том, как свекровь помогает ей вести хозяйство и ухаживает за ребенком. Не было видно значительной перегрузки домашней работой, которая могла стать источником нервного истощения; ровны и бесконфликтны были взаимоотношения с мужем. В жизни семьи не просматривалось обстоятельств, которые могли бы стать источником нервного истощения.

По окончании же второго этапа изучения семьи положение психотерапевта обычно бывает совершенно иным. После того как он познакомился с семьей, подробно и ярко представляет себе ее жизнь, «подозреваемых», как правило, оказывается даже слишком много. В этот момент психотерапевт, основываясь на своем знании семьи, может назвать десятки обстоятельств ее жизни, которые могли оказаться психотравмирующими. В случае Людмилы Д. были основания предпо-

лагать, что значительную роль в возникновении нервного перенапряжения сыграло известие о случайной связи мужа в то время, когда он гостил у ее родителей. Вполне можно было предположить, что этот удар выбил ее из колеи, что у нее опустились руки и что это, одновременно с большой нагрузкой в семье, привело к заболеванию. У психотерапевта были также основания предполагать, что она сама создает себе излишнюю нагрузку для того, чтобы компенсировать комплекс неполноценности деревенской жительницы, попавшей в большой город. Вполне можно было ожидать от нее стремления доказать, что она «хоть и из деревни, но тоже может вести хозяйство на высшем уровне». Логично было предположить, что нарастание чувства ответственности после рождения ребенка привело к перенапряжению, и т. д. Такое изобилие версий после второго этапа изучения семьи нам кажется явлением положительным. Действительно, чем шире круг предположений, выдвигаемых психотерапевтом, тем выше вероятность того, что среди них окажется и истинное, поэтому нужно не бороться с изобилием версий, а, напротив, всячески стимулировать их выдвижение. На данном этапе изучения семьи весьма важно выявить и проверить все потенциальные психотравмирующие ситуации. Оценка их осуществляется путем выдвижения и проверки диагностических гипотез. Рассматривая каждую потенциальную психотравмирующую ситуацию, психотерапевт пытается ответить на вопрос: «Что должно наблюдаться в жизни данной семьи и в поведении ее членов, если источником психической травматизации является именно эта ситуация?» Например, если значительную роль сыграло, согласно первому предположению, известие о супружеской измене мужа, то в этом случае должна была бы наблюдаться явная зависимость симптоматики и признаков переутомления от даты, когда Людмила Д. узнала о проступке мужа. Можно было ожидать аффективной реакции в ходе разговора о супружеских изменах, изменения взаимоотношений с мужем. Все эти возможные последствия, которые должны были бы наблюдаться, если бы было верно первое предположение, и есть диагностические гипотезы. Они выдвигаются, как правило, по всем основным потенциальным психотравмирующим ситуациям. Затем собирается материал для их проверки.

В вышеуказанном примере первое предположение, несмотря на его вероятность, оказалось неверным. Зависимости симптоматики от известия об измене мужа не наблюдалось, аффективных реакций на темы, связанные с супружеской изменой, не было. Реакция Людмилы Д. на измену мужа действительно была «в пределах нормы». Основную вину за происшедшее она возлагала на родителей, в гостях у которых был муж и которые измену «допустили». Зато полностью подтвердились все диагностические гипотезы, выдвинутые для проверки предположения, что психотравмирующей является опека свекрови и далее — «соперничество» из-за ребенка. Выдвижение и проверка диагностических гипотез не только дают возможность «локализовать» психотравмирующую ситуацию и выявить, какие именно из многочисленных потенциальных травмирующих факторов в действительности имеют место, но и предоставляют материал для того, чтобы ярко представить себе чувства пациента в этой ситуации.

Этап IV. Коррекционный семейный диагноз. К началу IV этапа психотерапевт хорошо представляет себе семью пациента и психотравмирующую ситуацию. Цель этапа — ответить на вопрос, какие изменения в жизни семьи могут привести к изменению психотравмирующей ситуации, снятию ее травматичности. Веду-

щим методом является мысленное экспериментирование. Психотерапевт пытается получить ответ на следующие вопросы.

1. При каком состоянии основных семейных систем (представлений о семье, коммуникаций, эмоциональной идентификации, структурно-ролевых отношений) могут возникнуть условия для успешного разрешения психотравмирующей ситуации? Что может произойти, например, в данной семье, если взаимопонимание супругов станет лучше? Сохранится или нет психотравмирующая ситуация? Например, в случае Людмилы Д. рост взаимопонимания привел бы к разрешению психотравмирующей ситуации. В других же психотравмирующих ситуациях для их разрешения нужны другие механизмы коррекции. Например, в случае семьи Серафимы З. (см. случай 27) к этому привело совершенствование эмоциональной идентификации в семье. Задача психотерапевта на IV этапе — основываясь на знании семьи, на характеристике ее «мыслительной модели», решить, что произойдет при коррекции коммуникации, взаимного представления, механизмов интеграции, взаимного влияния. Успешность решения этой задачи в значительной мере зависит от того, насколько полным было общее знакомство с семьей (II этап) и насколько точно знание психотравмирующей ситуации (III этап). Опыт показывает, что если прогностическая эмпатия психотерапевта по отношению к членам семьи достигает 80%, то он успешно справляется с задачей мысленного экспериментирования и устанавливает наиболее желательное направление коррекции семьи.
2. Чем обусловлено неудовлетворительное состояние семейной системы, которую необходимо подвергнуть коррекции? Если в результате диагностического исследования оказывается, что желательна коррекция системы межличностной коммуникации, то необходимо ответить на следующий вопрос: каковы барьеры коммуникации, факторы, затрудняющие ее, делающие ее менее эффективной? Если же желательна коррекция системы семейной интеграции, возникает вопрос: что ей мешает? При установлении состояния семейных систем в изучавшихся нами семьях и при выявлении факторов, нарушающих их функционирование, мы широко использовали специальные психологические методики, приведенные в соответствующих разделах (см. главу 2).

Описанная методика поэтапного изучения семьи не претендует на то, чтобы в точности очертить каждый шаг семейного психотерапевта, «алгоритмизировать» его движение к выявлению семейного нарушения. Ее задача — заложить основы медицинского изучения семьи, задать логику ее познания. Указанные этапы изучения семьи должны, как нам представляется, иметь место при изучении любой семьи, вне зависимости от того, имеем мы дело с относительно кратким или, напротив, длительным ее изучением. Некачественное завершение любого из этапов — источник ошибок в диагностике. Опыт показывает, что психотерапевты нередко недостаточно внимания уделяют II этапу — общему знакомству с семьей, стремясь к III этапу — установлению нарушения в жизнедеятельности семьи — без глубокого изучения семьи в целом.

Результатом этого являются, во-первых, трудности в установлении потенциальных психотравмирующих ситуаций, из-за которых психотерапевт нередко не

определяет действительную психотравмирующую ситуацию и, во-вторых (и в особенности), неспособность к мысленному экспериментированию — установлению предпочтительных путей коррекции семейных отношений, а это приводит к тому, что путь коррекции оказывается неверным.

Проективный тест «Семейная социограмма» и метод «Семейная генограмма»

Проективный тест «Семейная социограмма» относится к рисуночным проективным тестам.

Тест «Семейная социограмма» позволяет выявить положение субъекта в системе межличностных отношений и, кроме того, определить характер коммуникаций в семье — прямой или опосредованный.

Испытуемым дают бланк с нарисованным кругом диаметром 110 мм (см. приложение 8). Инструкция: «Перед вами на листе изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя и членов семьи в форме кружков и подпишите их имена». Члены семьи выполняют это задание, не советуясь друг с другом.

Нами предложены критерии, по которым производится оценка результатов тестирования:

1) число членов семьи, попавших в площадь круга;
2) величина кружков;
3) расположение кружков относительно друг друга;
4) дистанция между ними.

Оценивая результат по первому критерию, исследователь сопоставляет число членов семьи, изображенных испытуемым, с реальным. Возможно, что член семьи, с которым испытуемый находится в конфликтных отношениях, не попадет в большой круг, он будет забыт. В то же время кто-то из посторонних лиц, животных, любимых предметов может быть изображен в качестве члена семьи.

Далее мы обращаем внимание на величину кружков. Больший по сравнению с другими кружок «Я» говорит о достаточной или завышенной самооценке, меньший — о пониженной самооценке. Величина кружков других членов семьи говорит об их значимости в глазах испытуемого.

Следует обратить внимание на расположение кружков в площади тестового поля круга и по отношению друг к другу (третий критерий). Расположение испытуемым своего кружка в центре круга может говорить об эгоцентрической направленности личности, а помещение себя внизу, в стороне от кружков, символизирующих других членов семьи, может указывать на переживание эмоциональной отверженности.

Наиболее значимые члены семьи изображаются испытуемым в виде больших по размеру кружочков в центре или в верхней части тестового поля.

Наконец, большую информацию можно получить, проанализировав расстояния между кружками (четвертый критерий).

Удаленность одного кружка от других может говорить о конфликтных отношениях в семье, эмоциональном отвержении испытуемого. Своеобразное «слипание», когда кружки наслаиваются один на другой, соприкасаются или находятся друг в друге, говорит о недифференцированности «Я» у членов семьи, нали-

чии симбиотических связей. В качестве примера приведем тест матери девочки, которая больна шизофренией (рис. 19)[1].

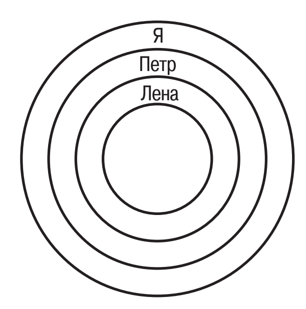


Рис. 19. Лена – дочь, Петр – отец, Я – мать девочки

Другой пример иллюстрирует динамику семейных взаимоотношений в процессе семейной психотерапии.

В начале психотерапии мать изобразила себя, сына и своих родителей в одну «линию» (с мужем она в разводе). Интерпретируя результаты тестирования, можно сказать, что у испытуемой недостаточно дифференцированное отношение к членам семьи и опосредованное (через бабушку) отношение к отцу (рис. 20).

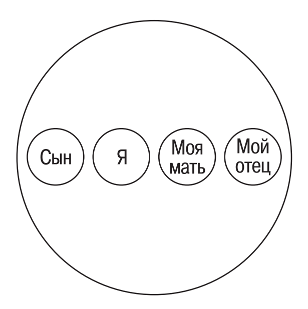


Рис. 20

При завершении семейной психотерапии мать мальчика сказала, что у нее «есть своя семья — это я и мой сын. К вам, родители, у меня есть уважение, но мои семейные дела для меня важней». Заключительная социограмма имела вид, приведенный на рис. 21.

Использование теста «семейной социограммы» позволяет в считанные минуты в ситуации «здесь и сейчас», до сеанса семейной психотерапии или во время сеанса, наглядно представить себе взаимоотношения в семье, а затем, показав свои бланки, обсудить, что получилось.

По мнению С. И. Чаевой (1994), психологическая проективная методика «Семейная социограмма» может использоваться в семейной психотерапии для экстернализации неосознаваемого контекста взаимоотношений между членами семьи.

[1] Примерно в 3% случаев тестирования здоровых социально адаптированных родителей встречается такой результат, который мы условно назвали «матрешкой».

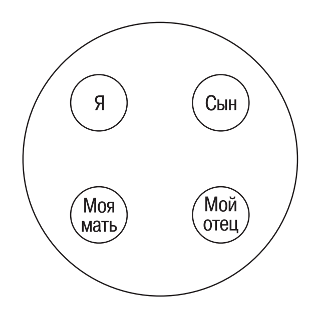


Рис. 21

Аспирантом кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии СПбМАПО В. В. Пушиной под руководством профессора И. М. Никольской была создана модификация теста «Семейная социограмма», описанная в кандидатской диссертации «Личность и семейные взаимоотношения мужчин подросткового возраста, больных алкоголизмом» (2007).

С любезного разрешения автора публикуем модификацию данного теста и результаты его применения (см. приложение 12).

Семейная социограмма

В процессе исследования испытуемым также предлагалось нарисовать и воображаемую, идеальную семью — ту, в которой исследуемый хотел бы жить (Пушина В. М.). Предлагалась следующая инструкция: «Перед вами на листе еще один круг. Нарисуйте в нем воображаемую идеальную семью — ту, в которой вы хотели бы жить».

Оценка результатов варианта идеальной семьи производится по тем же критериям, что и варианта реальной семьи.

В нашем исследовании с помощью сопоставления вариантов реальной и идеальной семьи проводился анализ удовлетворенности межличностными семейными отношениями. Кроме того, «Семейная социограмма» использовалась для сравнения реальной и идеальной самооценки испытуемого в семье. Сопоставление реального и идеального положения исследуемого в межличностных отношениях в семье имеет большое значение для психологической диагностики, поскольку сравнение реального и идеального субъективного представления человека о себе дает нам информацию о принятии или непринятии своего образа «Я», о присутствии внутриличностного конфликта. Сопоставление представления реальных и идеальных взаимоотношений членов семьи дает нам информацию об удовлетворении или желании испытуемых изменить межличностные семейные отношения.

Нами предложены следующие критерии, по которым можно более подробно оценить особенности внутрисемейных отношений по оценкам результатов психодиагностики вариантов реальных и идеальных семей (см. приложение 12).

1. Число членов семьи, не попавших в площадь реальной или идеальной семьи. Критерий указывает на наличие бессознательных негативных чувств к этим членам семьи, отсутствие эмоционального контакта с ними (они как бы отсутствуют во внутреннем мире исследуемого) (рис. 1; 17), конфликтные отношения. В некоторых случаях данные члены семьи могут быть на-

рисованы, но очень тоненькой, дрожащей линией, в реальной семье и отсутствовать в идеальной.

2. Отсутствие в круге реальной семьи самого автора может указывать на его трудности самовыражения в отношениях с близкими людьми (в результате чувства неполноценности, безразличия к близким), а появление «Я» в идеальной семье предполагает стремление занять свое место, быть вовлеченным в процессы семейных взаимоотношений (рис. 2; 3).
3. Величина кружков, обозначающих членов семьи и самого испытуемого в реальном и идеальном представлении, сообщает нам о достаточной самооценке автора рисунка, если кружок «Я» не меньше других близких людей в семье и одинакового размера в обоих вариантах социограмм. Если кружок, обозначающий «Я», маленький по сравнению с кружками других членов семьи и отличается большей величиной в идеальном варианте, то у испытуемого предполагается низкая самооценка (рис. 1; 5), непринятие своего образа «Я», что может говорить о присутствии внутриличностного конфликта, повышающего уровень невротизации. Величина кружков говорит нам также о представлении значимости членов семьи в глазах испытуемого (рис. 4). Наиболее значимые члены семьи изображаются в виде больших кружков в центре или в верхней части тестового поля круга (рис. 5).
4. Изображение в круге кружка персонажа, который к реальной семье официально не принадлежит (например, члена родственной семьи, подруги или друга, сказочного персонажа и пр.) говорит нам о неудовлетворительных потребностях по отношению к данному лицу. Можно предполагать, что субъект реализует желания в своей фантазии, в воображаемом общении с данным персонажем, который отображает и в варианте идеальной семьи (рис. 1; 13).
5. Расположение кружков относительно друг друга связано с дистанцией психологической. Кто субъекту ближе всех в психологическом отношении, того он изображает ближе к себе пространственно, располагая напротив себя. Кружки, которые непосредственно соприкасаются друг с другом, говорят о тесном психологическом контакте данных членов семьи (рис. 4), другие таким контактом не обладают. Удаленность одного кружка от других может говорить о конфликтных отношениях в семье, эмоциональном отклонении испытуемого, переживании эмоциональной отверженности (рис. 1; 5). Изменение дистанции между кружками в реальной и идеальной семье предполагает неудовлетворение эмоциональных взаимоотношений в семье (рис. 5).
6. Пространство круга — это аналог жизненного пространства. Как и в реальной жизни, в плоскости круга каждый человек бессознательно стремится занять собой столько места, сколько, по его мнению, он заслуживает. Иными словами, если у него низкая самооценка, то он занимает мало места в реальном мире (рис. 5; 9), напротив, люди уверенные, хорошо приспособленные, рисуют свободно и занимают достаточную часть круга (рис. 12). Удовлетворенность своим жизненным пространством испытуемый нам сообщает, занимая одинаковое пространственное расположение в реальной и идеальной семье. Если исследуемый занимает различное место в разных вариантах социограмм, это может говорить нам о неудовлетворенности им жизненного пространства.

7. Эгоцентрическая направленность личности предполагает изображение своего кружка в центре круга большего размера, чем у других членов семьи (рис. 6; 14; 15). Данное положение прослеживается как в реальной семье, так и в идеальной.
8. Наличие симбиотической связи изображается наслоением кружков один на другой (рис. 7) и свидетельствует о недифференцированности «Я» у членов семьи, как в реальной, так и в идеальной семье.
9. Если члены семьи в виде маленьких кружков изображены внизу круга, это указывает на сочетание низкой самооценки с низким уровнем притязаний (рис. 8А). Если маленький по размеру кружок помещен наверху круга, а большая часть круга пустая, то низкая самооценка сочетается с высоким уровнем притязаний (рис. 9А). Изменения месторасположения кружков в реальной и идеальной семье говорят о желании исследуемого уменьшить или увеличить самооценку и уровень притязаний.
10. Конфликтность как трудноразрешимое противоречие, возникающее между испытуемым и всеми членами семьи и связанное с несовместимостью их взглядов, интересов, целей и потребностей, диагностируется при изображении только одного своего кружка в варианте идеальной семьи. Рядом с собой может быть изображение в качестве члена семьи кого-то из посторонних лиц, животных, любимых предметов. В варианте реальной семьи пациент свой кружок может вообще не нарисовать или изображает его в стороне от всех членов семьи (рис. 1; 14).
11. Согласно принципу вертикальной иерархии, выше всего в круге расположен кружок члена семьи, обладающего, по мнению испытуемого, наибольшей властью в семье (хотя его кружок может быть самым маленьким по размеру). Ниже всех расположен тот, чья власть в семье минимальна. В идеальном варианте семейной социограммы прослеживается присутствие желания исследуемого распределить, передать или сохранить власть в семье (рис. 10; 16).
12. Член семьи, вызывающий у субъекта наибольшую тревогу, изображается в виде сильно заштрихованного кружка либо его контур обведен несколько раз (рис. 11А). Изображение членов семьи в виде ровных, незаштрихованных кругов в идеальной семье, сообщает о желании исследуемого улучшить взаимоотношения в семье и избавиться от данной тревоги (рис. 11Б).
13. Если члены семьи в круге изображены в один ряд, необходимо мысленно провести горизонтальную линию по самому нижнему кружку. Опору в реальности имеют те члены семьи, которые «стоят» на этой линии. Остальные, «повисшие в воздухе», по мнению исследуемого члена семьи, самостоятельной опоры в жизни не имеют (рис. 4; 11). В идеальном варианте прослеживается возможность принятия самостоятельности испытуемым, если его кружок поставлен на линию; если он снова остается в «воздухе», то исследуемый демонстрирует нежелание принимать ответственность и самостоятельность.
14. Изображение членов семьи в реальном варианте семейной социограммы в одну линию говорит о недостаточных дифференцированных отношениях к членам семьи. Изменения в идеальном варианте, содержащие семейные

подсистемы, сообщают нам об осознании неудовлетворительных отношений и желании их поправить (рис. 2).

Диагностика семьи с помощью «Семейной социограммы» может проводиться по двум направлениям. Первое направление — диагностика межличностного взаимодействия, основанная на реальном рассмотрении взаимоотношений между членами семьи. Второе направление семейной диагностики — это анализ типичных свойств семьи по сравнению с нормой или контрольной группой. Третье направление семейной диагностики, предлагаемое нами, — анализ реальных представлений семейных взаимоотношений в сравнении с представлениями об идеальной семье, в которой хотел бы жить исследуемый. «Семейная социограмма» в двух вариантах реальной и идеальной семьи может использоваться в исследованиях, направленных на контроль эффективности психологической коррекции и психотерапии.

К диагностическим методам, позволяющим в виде графической схемы изобразить родственные связи в семье, относится метод «Семейной генограммы» (Papp P., 1983; Nickols M., 1984; Richardson R. W., 1994).

Психотерапевт предлагает каждому члену семьи изобразить графически свое представление о семье с помощью определенных символов. Генограмма включает имена и возраст всех членов семьи. В ней даются даты рождений, смертей, браков, разводов и разрывов в отношениях. В свою очередь, психотерапевт на основании расспросов и наблюдения составляет генограмму семьи. В качестве примеров приведем генограмму трех поколений семьи В. Митрофанова и А. Хорошевой (рис. 22).

Пояснения к генограмме трех поколений семьи Митрофанова и Хорошевой.

Василий Митрофанов родился в 1911 г. Анна Хорошева родилась двумя годами позже. В 1930 г. они вступили в брак. У них родились в 1934 г. две девочки близнецы, затем у Анны был выкидыш в 1937 г., а в 1939-м родился сын Василий.

Анна, их дочь, вышла замуж в 1954 г. за Филиппа Задорова, 1932 г. р. У них в 1959 г. родился сын Вячеслав. Сестра Анны Елена в 1960 г. вышла замуж за Карпа Сидорова. Родившаяся в 1963 г. их дочь Римма через год умерла.

Василий Васильевич Митрофанов был женат дважды. В 1962 г. он женился на Вере Корбут, через два года развелся. Детей у них не было. Вторая его жена Ольга Липовская родилась в 1940 г. Они вступили в брак в 1966 г. Ольга была беременна сыном Петром, родившимся через месяц после свадьбы. В 1971 г. у них родился сын Павел. С 1968 по 1969 г. у супругов был разрыв, Василий жил у своих родителей.

Сын В. В. Митрофанова Петр свои отношения с Еленой Вишняковой не оформлял, а вскоре после рождения сына Алексея расстался с ней.

Задание читателю: какие гипотезы вы выдвинете о семейном функционировании представителей разных поколений, просмотрев эту генограмму? Постарайтесь, чтобы гипотез было не меньше трех.

Другой пример. На совместный прием с известным семейным психотерапевтом Киршти Хааланд (Норвегия) и лечащим врачом С. И. Чаевой пришла семья в составе матери и троих детей. Сын Алеша 13 лет конфликтовал с братом 11 лет. Отец алкоголизировался, на сеанс не пришел. Психотерапевты предложили Алеше как старшему из пришедших мужчин нарисовать генограмму семьи, используя специальные обозначения. Первоначально генограмма выглядела так (рис. 23).

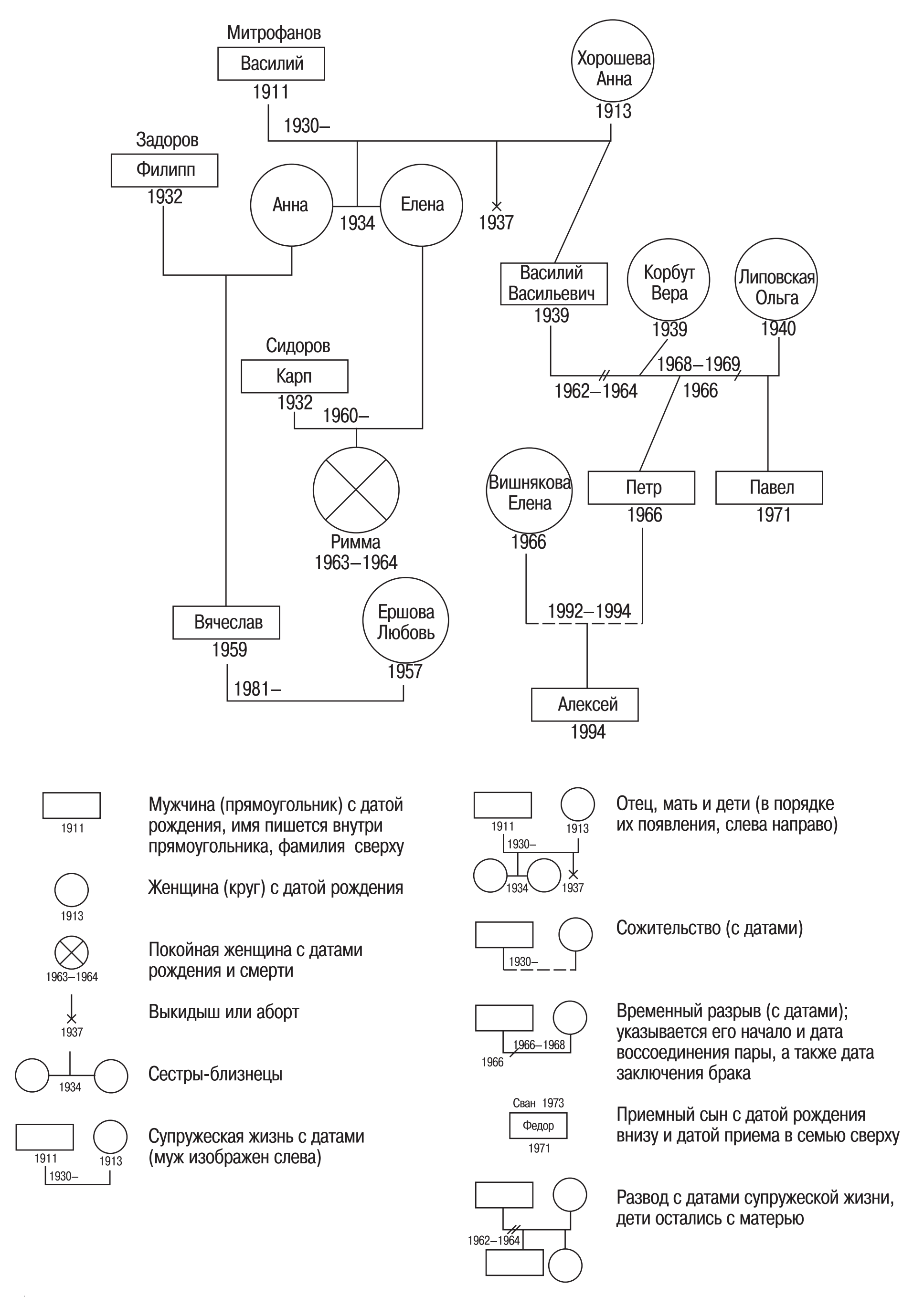


Рис. 22. Генограмма трех поколений

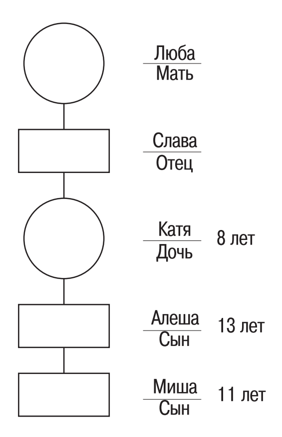


Рис. 23

Далее психотерапевты спросили: кто еще есть в семье, кто важен для тебя? Алексей вспомнил бабушку и дедушку, которые уже умерли (рис. 24).

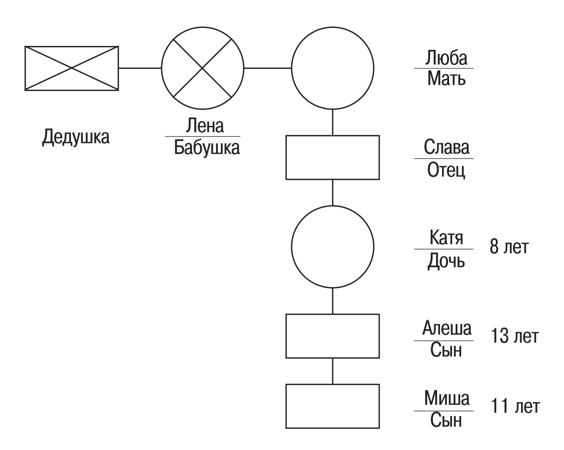


Рис. 24

Далее психотерапевты начали выяснять, кто еще есть в семье, хочет ли Алеша еще кого-то нарисовать. После его отказа К. Хааланд нарисовала на доске других родственников. В итоге генограмма этой семьи выглядела следующим образом (рис. 25).

В этой генограмме обращает на себя внимание то, что отец помещен Алексеем в подсистему детей, а в родительской подсистеме осталась одна мать. Два сына, Алексей и Миша, оказались эмоционально удаленными от обоих родителей.

Для графической конкретизации психологических коммуникаций в семье используется целый ряд условных обозначений, предложенных Джоном Хайуэллсом (1971), Сальвадором Минухиным (1974), Э. Г. Эйдемиллером (1987). Степень тесноты связи (привязанность, психологическая зависимость), проявляемая одними членами семьи по отношению к другим, и степень выраженности конфликта между членами семьи представлены следующим образом (рис. 26):

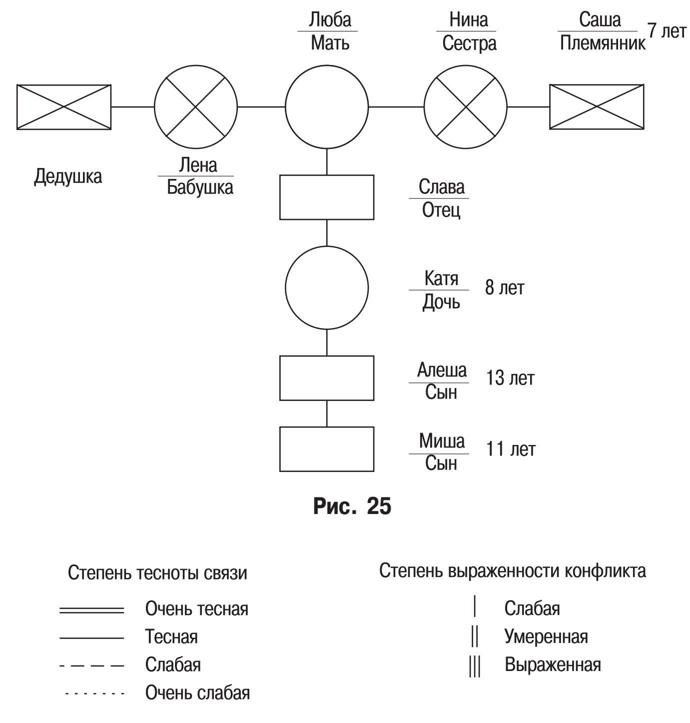


Рис. 25

Рис. 26

Направление связи — кто по отношению к кому проявляет обозначаемые чувства — указывается стрелкой. Например, прямые взаимные конфликтные отношения между отцом и матерью подростка могут быть выражены так (рис. 27):

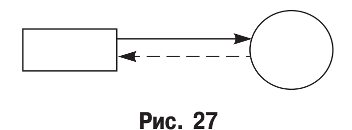


Рис. 27

Пример взаимоотношений в треугольнике, состоящем из отца, матери и мальчика-подростка, приведен ниже (рис. 28).

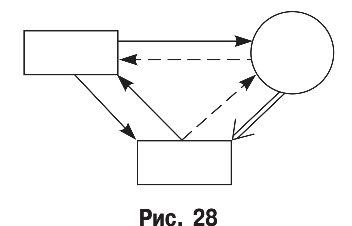


Рис. 28

Как показывает наш опыт, использование графических методов для экстернализации членами семьи неосознаваемых представлений о характере взаимо-

отношений предоставляет большую диагностическую информацию для психотерапевта и — что самое главное — существенно катализирует процесс семейной психотерапии.

Техники семейной психотерапии и их теоретическое обоснование

После того как в ходе изучения семьи установлено семейное нарушение, приступают к его коррекции. С этого момента начинается семейная психотерапия в наиболее узком смысле этого слова, а именно — организация воздействия на отдельных членов семьи и семью в целом с целью достижения желательных изменений в их жизни. Всю совокупность возникающих при этом проблем можно разделить на три группы:

1) формирование адекватного отношения семьи к семейной психотерапии (в частности, создание мотивов к участию в ней);
2) общие черты организации и проведения психотерапии;
3) методики семейной психотерапии.

Формирование позитивного отношения к семейной психотерапии

Участие в семейной психотерапии ставит перед членами семьи нелегкие задачи.

- Во-первых, организационные: необходимо найти время и возможности для ее проведения. Психотерапия, как правило, проводится после работы, т. е. в вечернее время, когда все члены семьи могут присутствовать. Перед каждым занятием им приходится преодолевать усталость и желание провести время по-другому.
- Во-вторых, эмоциональные: участие в семейной психотерапии (особенно в самом ее начале) неизбежно порождает чувства неуверенности, неопределенности, сопротивления и нежелания раскрывать некоторые стороны жизни своей семьи. Происходит актуализация семейной неудовлетворенности и конфликтных взаимоотношений. Семейная психотерапия «ворошит» сложившиеся стереотипы отношений, и это может стать источником фрустрации.
- Наконец, в-третьих, интеллектуальные: вместо получения готовых советов членам семьи приходится участвовать в обсуждениях, выполнять упражнения, задания и т. д.

В силу всех этих обстоятельств семейная психотерапия может быть успешной только в том случае, когда у членов семьи имеется сильная и устойчивая мотивация к участию в ней. Организация такой мотивации связана с проведением первой встречи (занятия, сеанса). Первая встреча является определяющей для дальнейшего — во время нее выясняется степень сложности проблем, с которыми сталкивается психотерапевт, именно она дает члену семьи первое представление о семейной психотерапии, которое и определяет в значительной мере, будет ли он в ней участвовать, — через призму этого представления он как бы предугадывает дальнейший ход психотерапии.

Довольно редко в первой встрече участвует вся семья. Типичны случаи обращения (или направления на семейную психотерапию) отдельного ее члена, с которого и начинается работа по коррекции взаимоотношений в семье и по привлечению к семейной психотерапии остальных. Члену семьи, обратившемуся первым, предстоит за весьма краткий срок (беседа длится примерно час) проделать достаточно длинный путь. Он приходит, как правило, с установкой на конкретную директивную помощь, рассчитывая получить совет или конкретное задание, не ожидая подробных расспросов о своей семейной жизни и видя, может быть, в предстоящей встрече возможность переложить свою проблему на плечи всемогущей медицины. Вместо этого психотерапевт ставит перед ним большое количество новых проблем: где найти время для участия в следующих встречах, как привлечь других членов семьи и т. д., давая лишь надежду в будущем избавиться от семейной проблемы. Задача психотерапевта в ходе первой встречи — помочь индивиду в короткий срок понять, что необходима серьезная, глубокая и длительная работа и что от него потребуется активность и чувство ответственности за успех предстоящей психотерапии. Эту сложную задачу психотерапевту приходится решать в условиях, когда он еще очень мало знает о члене семьи и когда легко допустить промах, «наступить на больную мозоль» пациента. Вот почему именно после первой встречи наиболее велик риск срыва семейной психотерапии.

Все это обусловливает необходимость хорошо разработанного «сценария» первой встречи с членом семьи. Изложим ее ход, сложившийся в нашей практике. Вся встреча, как правило, включает три плана.

Первый — ознакомление психотерапевта с проблемами пациента. Здесь активная роль принадлежит пациенту. Он, во-первых, рассказывает то, что подготовил для изложения врачу, готовясь к первой встрече (жалобы, проблемы, описания принятых мер и т. д.). Во-вторых, это дальнейшая беседа, направленная на актуализацию эмоциональных переживаний пациента, связанных с его семьей, с его болезнью и с отношением окружающих к тому и другому. Эта часть беседы проводится обычно на основе предложенной Роджерсом методики вербализации эмоциональных состояний, выраженных в каждом сообщении пациента (например, на рассказ супруги о том, что муж не помогает в ведении хозяйства, психотерапевт реагирует не советом, комментарием или вопросом, а «кристаллизацией» чувств, которые имели место в рассказе: «Да, очень обидно и больно, когда член семьи может помочь, но не делает этого») (Rogers C., 1973). Исследования процесса психотерапии убедительно показали, что данный метод создает у пациента ощущение понятости, акцептации и формирует мотив к дальнейшему выражению эмоций, углублению уровня откровенности (Helm J., 1978). Нужно, чтобы член семьи не только рассказал о фрустрациях, связанных с болезнью и семейными проблемами, но и заново пережил их в ходе беседы, чтобы он сам под влиянием своего рассказа и сочувственных реплик психотерапевта увидел всю совокупность фрустраций, с которыми он имеет дело в повседневной жизни, в том числе и те, к которым он уже частично привык.

Второй план первой встречи — это создание у пациента представления о том, что семейная психотерапия дает возможность найти путь к решению его проблем. Пациент еще очень плохо представляет себе семейную психотерапию, поэтому психотерапевт обычно рассказывает о своем опыте работы с людьми, у которых

были аналогичные проблемы, и о том, что многим из них действительно удалось помочь. При этом он описывает общую картину улучшения их соматического и психического состояния в результате психотерапии, а также изменений, происшедших в их семейной жизни. К концу беседы, когда пациент остро почувствует всю непереносимость нынешнего положения (как своего собственного, так и всей семьи), ставится цель: использовать состояние пациента для создания мотивов к участию в психотерапии. Чем ярче картина беспроблемной семейной жизни, которую представил себе пациент, тем сильнее его мотивы.

Третий план первой встречи — наиболее важный. Происходит проработка мотивов, препятствующих участию в семейной психотерапии. Пациенту рассказывают об организации семейной психотерапии, о затратах времени и сил, о его ответственности. Используется метод «парадоксальной интенции» (Frankl V., 1975). Психотерапевт выступает в роли человека, сомневающегося в том, что пациент полон решимости сделать все для успеха семейной психотерапии. Он рисует перед пациентом яркие картины, отражающие трудности, которые предстоит преодолеть. Например, об организационных проблемах психотерапевт говорит: «Это сейчас кажется, что можно легко преодолеть все трудности. А вот представьте себе картину: вам надо идти на очередную встречу. Вечер. Вы устали после рабочего дня. Дома — масса несделанного. А вам нужно выйти из дому, ехать час, добраться до клиники. Тогда все будет представляться иначе». При этом задача психотерапевта — не «охладить» пыл пациента, а побудить его именно сейчас, когда он полон желания, увидеть будущие трудности и найти пути для их решения. Слушая ответ пациента, психотерапевт отмечает прежде всего то, насколько пациент прочувствовал будущую фрустрирующую ситуацию и насколько искренне попытался найти выход из нее. Если у психотерапевта складывается впечатление, что заверения пациента формальны, поверхностны, он не скрывает этого. Пациент должен весьма емко и ярко увидеть фрустрирующие ситуации, препятствующие дальнейшему участию в семейной психотерапии, но увидеть их сейчас, в свете своей нынешней решимости. Аналогичные сомнения психотерапевт формулирует по поводу указанных выше эмоциональных и интеллектуальных трудностей. «Вы же хорошо знаете, — говорит он, — свою болезнь. То лучше, то, вдруг, ни с того ни с сего, — ухудшение, и тогда в голову невольно лезут разные мысли: все это напрасно, ничто не поможет... В этот момент все выглядит совсем иначе. Что вы будете делать?»

В результате подготовительной работы пациент готов к реальной встрече с такими ситуациями, они уже не будут для него неожиданностью. Он уже представляет себе, как с ними бороться.

Следующая группа выражаемых психотерапевтом сомнений имеет разъяснительный характер. Их задача — сформировать у пациента интерес к самому содержанию будущей психотерапевтической деятельности. Психотерапевт предупреждает пациента, что ему придется узнать различные закономерности и «тайны» психологии семейной жизни, научиться путям познания других людей и общения с ними. Мысль о необходимости быть психологом самому обычно находит у пациента понимание.

В ходе беседы с психотерапевтом он уже успел убедиться в том, как трудно рассказать другому человеку о своей семье. Он сам знает, что в своем рассказе о себе и о своей семье он ничего не сказал об одних событиях, другие подал в не-

сколько искаженном свете, третьи подобрал тенденциозно — с тем, чтобы привлечь внимание психотерапевта к себе, к своей проблеме, чтобы добиться сочувствия и помощи. В возможности научиться понимать семейные проблемы он видит шанс избавиться от беспокоящего его чувства беспомощности, которое он испытывает, пытаясь решать их самостоятельно. Немалую роль играет и надежда усилить свое влияние в семье, найдя в психотерапевте поддержку. Психотерапевт говорит пациенту: «Я не могу за вас решить многие ваши проблемы, особенно семейные. Вам обязательно нужно научиться самому их решать, приобрести нужные для этого знания и навыки. Когда вы этого добьетесь, моя помощь может оказаться для вас весьма полезной. Я смогу вам что-то подсказать, поддержать». В результате такой постановки вопроса удается избежать ситуации, крайне неблагоприятной психотерапевтически, — когда пациент пассивно ждет помощи от психотерапевта. Вместо этого он настраивается на активный поиск решения своих проблем с помощью психотерапевта.

Проблема привлечения других членов семьи по-разному решается разными психотерапевтами. Присутствие всех членов семьи нередко рассматривается как необходимое предварительное условие для того, чтобы психотерапевт вообще взялся за помощь членам семьи. Мы эту проблему решаем иначе. Вопрос о подключении всей семьи к психотерапии возникает обычно после нескольких индивидуальных встреч с тем членом семьи, который обратился первым. После нескольких занятий по групповой психотерапии и участия в индивидуальной начинается нарушение равновесия в семье. Участие одного из членов семьи в психотерапии, как правило, вызывает у других живой интерес и определенные опасения. Это проявляется уже после первого занятия. Большинство членов семьи, участвовавших в групповой или индивидуальной психотерапии, сообщают, что другой супруг «высказывает иронические замечания» по поводу участия пациента в занятиях и проявляет другие признаки обеспокоенной заинтересованности. Тем самым создаются предпосылки для приглашения второго члена семьи на индивидуальную встречу или для участия в групповой психотерапии. Повод и форма привлечения других членов семьи обычно обсуждается психотерапевтом с членом семьи, обратившимся первым.

Присоединение к участию в психотерапевтическом процессе другого (или других) членов семьи — один из переломных моментов в ведении психотерапии. Во-первых, участие нескольких членов семьи в занятиях приводит к обсуждению ими широкого круга тем (особенно по окончании занятий), выявлению и сближению точек зрения по ряду семейных вопросов. В практике проведения групповых занятий с членами семей нередки случаи, когда к руководителю подходят один или несколько участников с вопросами, которые начинается со следующей фразы: «А вот мы с женой обсуждали то, о чем говорилось на прошлом занятии, и у нас возник спор...» Во-вторых, и это особенно важно, с этого момента появляется возможность работать со всей семьей — она готова к тому, чтобы участвовать в довольно обширном диагностическом процессе, который совершенно необходим в начале такой работы.

Задача обеспечения сильной и устойчивой мотивации к участию в семейной психотерапии актуальна не только на первых встречах с семьей. В дальнейшем вопрос о том, как поддерживать в себе желание и решимость продолжать лечение, становится предметом групповых обсуждений.

Общие черты организации и проведения семейной психотерапии

Вопрос о том, каковы самые общие черты эффективной работы с семьей, в литературе по семейной психотерапии остается дискуссионным (Кабанов М. М. и др., 1983). Психотерапевту, организующему работу с семьей, приходится решать множество проблем.

- Как долго необходимо вести психотерапию?
- Работать сразу со всей семьей или сначала с отдельными ее членами?
- Работать с семьей одному или создавать группы психотерапевтов?
- Как часто устраивать встречи с семьей?
- Как долго проводить каждую из них?
- Придерживаться директивного стиля ведения или, наоборот, предпочесть недирективный?
- Начать с важнейших семейных проблем или с частных?
- Проводить встречи с семьей по месту ее жительства или в клинике?
- Иметь ли подробный, тщательно разработанный план действий или действовать «по обстановке»?

Можно отметить различные тенденции в том, как представители различных школ семейной психотерапии отвечают на все эти вопросы. Большинство придерживается необходимости конкретных рекомендаций, выдвижения определенных принципов. Одни психотерапевты считают, что при семейной психотерапии директивные формы предпочтительнее, другие — что работать с семьей нужно обязательно по месту ее жительства, что «хорошая семейная психотерапия» должна обязательно вестись бригадой — или, напротив, обязательно одним человеком. Соблюдение таких требований нередко рассматривается как отличительная черта той или иной психотерапевтической школы. Например, для такой известной школы семейной психотерапии, как «стратегическая семейная психотерапия», характерна разработка тщательного и подробного плана работы, предусматривающего многообразное воздействие на семью (Epstein N., Bishop U., 1978). Психотерапевт школы В. Сатир (Satir V., 1982), напротив, предпочитает непрерывно сочетать диагностические и психотерапевтические мероприятия и решительно отказывается от создания каких-либо планов работы с семьей. По-разному решается вопрос о степени директивности ведения семейной психотерапии. Ряд исследователей настаивает на директивных методах работы с семьей (Minuchin S., 1974; Haley J., 1976). Директивная форма занятий, активная роль психотерапевта рассматривается при этом как отличительная черта семейной психотерапии вообще. В то же время существует ряд школ в семейной психотерапии, где столь же убежденно отстаивают необходимость недирективного ведения семьи (Rogers C., 1972; Skyner J., 1976). Концепция стиля ведения семейной психотерапии играет значительную роль в научной полемике между различными школами. Сравнительная их эффективность становится предметом специальных исследований.

Нам представляется, что концепция семейного психотерапевтического стиля, связанного с определенной научной или практической школой, в настоящее время выступает в качестве серьезного тормоза для развития семейной психотерапии.

Во-первых, способ организации и проведения семейной психотерапии не должен определяться теоретическими ориентациями семейного психотерапевта. Оптимальна ситуация, когда выбор того или иного способа организации и проведения семейной психотерапии зависит от особенностей семьи, а не от научных воззрений психотерапевта.

Во-вторых, характерологические особенности психотерапевта также не должны быть определяющим моментом в выборе способа организации и проведения семейной психотерапии. Ситуация, когда активный стиль избирается не потому, что в нем нуждается семья, а потому, что психотерапевт — человек энергичный, активный, с властным характером, не может быть признана нормальной. Точно так же не может быть показанием к недирективной психотерапии мягкий характер психотерапевта. Именно такая ситуация возникает в семейной психотерапии. Тот же Ф. Баркер, настаивающий на том, что для семейной психотерапии характерны активные методы, делает из этого выводы о личности психотерапевта: «Многие из пионеров семейной психотерапии были мощными, харизматическими личностями, и поэтому затруднительно человеку пассивному, хитрому или скромному быть хорошим психотерапевтом» (Barker Ph., 1981). В противоположность этой точке зрения нам представляется, что любой семейный психотерапевт должен быть в равной мере готов к применению самых различных способов организации и ведения психотерапии в зависимости от того, с какой семьей, с какой проблемой и в каких условиях он имеет дело.

В-третьих, нет оснований считать, что на всем протяжении многосторонней и длительной работы с семьей должен быть выдержан какой-то единый способ организации и проведения психотерапии. При проведении психотерапии с семьей, члены которой отличаются авторитарностью и ригидностью взаимоотношений, на первом этапе возможен недирективный стиль — период знакомства, адаптации к системе взаимоотношений в семье; затем, напротив, директивный — психотерапевт видит возможность поставить перед членами семьи определенные задачи; затем вновь недирективный — психотерапевт помогает членам семьи преодолеть фрустрации, вызванные перестройкой взаимоотношений, а затем опять директивный — психотерапевт реагирует на эксцессы неблагоприятных отношений в семье.

Эти рассуждения в полной мере относятся к любой из перечисленных выше характеристик организации и ведения семейной психотерапии. Ведение семьи одним психотерапевтом или разными (параллельно), организация психотерапии по месту жительства или в клинике, интенсивная и частая психотерапия или длительная и более редкая — выбор того или иного способа зависит от сложной совокупности условий. Задача как отдельного психотерапевта, так и семейной психотерапии в целом — установление этих условий, учет их. Акцент на каком-то одном конкретном стиле организации и ведения семейной психотерапии имеет смысл лишь для научного поиска, для изучения возможностей, которые предоставляет тот или иной способ.

Основным, что определяет организацию процесса семейной психотерапии, должно быть обеспечение возможностей для применения самых разнообразных стилей и их быстрой смены в случае необходимости. В нашей деятельности это обеспечивается, например, сочетанием трех основных форм работы с семьей: индивидуальной работы с отдельным членом, групповой психотерапии с членами семьи и групповой психотерапии с целой семьей. Важное место отводится также

принципиальному неприсоединению к какой-либо из многочисленных школ семейной психотерапии в сочетании с готовностью применить в работе с семьей любые способы организации и ведения психотерапии, соответствующие условиям.

Техники семейной психотерапии

Под техникой семейной психотерапии понимается типовая совокупность действий, с помощью которых психотерапевт решает определенную психотерапевтическую задачу.

Рассмотрим в качестве примера одну из техник, применяемых в семейной психотерапии, — «проигрывание ролей друг друга» (Barker Ph., 1981). Она состоит из последовательных действий: психотерапевт выдвигает предложение «попробовать сыграть кое-что»; он объясняет, как это сделать, прилагает усилия, чтобы убедить членов семьи в необходимости сделать это; члены семьи участвуют в проигрывании своих ролей; после чего психотерапевт определенным образом комментирует их.

Совокупность действий, входящих в технику, может быть весьма значительной, но может ограничиваться только одним действием или даже намеренным бездействием — примером такой техники является «молчание» по Х. Пересу (Peres J., 1979). Вся совокупность действий, входящих в технику, применяется при решении определенной задачи или нескольких различных задач. «Проигрывание ролей» применяется в случае необходимости увеличить уровень эмпатии членов семьи. «Обмен ролями» между родителями и детьми широко применялся А. И. Захаровым (1982) для того, чтобы улучшилось их взаимопонимание и сочувствие.

Семейная психотерапия за время своего развития приобрела большое число различных техник. Каждая из вновь появившихся школ привносит свои техники, применяемые для решения тех задач, которые представители именно этой школы считают самыми важными. Охарактеризуем основные виды психотерапевтических техник, наиболее широко применяемых в семейной психотерапии.

Указания (директивы) — прямые и конкретные указания психотерапевта о необходимости определенных действий со стороны всей семьи или отдельных ее членов для того, чтобы они добились своих целей (выздоровления, решения проблемы, разрешения конфликта). Указание (директива) может касаться конкретных действий: необходимость сменить место жительства, жить отдельно или, напротив, вместе и т. д. Известный семейный психотерапевт Ф. Баркер предложил простое деление директив, применяемых в ходе семейной психотерапии (Ph. Barker, 1981):

- указание членам семьи делать что-то;
- указание делать нечто иначе, чем до сих пор;
- указание не делать того, что они до сих пор делали.

Автор с полным основанием замечает, что больше всего проблем возникает при необходимости применения директив третьего рода, т. е. указаний прекратить что-то делать. Он предлагает ряд мер, которые помогают усилить эффективность такого рода директив:

- во-первых, сделать директиву как можно более точной;
- во-вторых, призвать на помощь других членов семьи, которые напоминали бы индивиду о том, чего не нужно делать;

Случай 28

УКАЗАНИЕ ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ДЕЛАТЬ ЧТО-ТО

Янина Б., 32 лет, и ее муж Ян Б., 30 лет, проходили семейную психотерапию по поводу алкоголизма у Яна Б. (1-я стадия). После диагностической работы и участия семьи в групповой психотерапии семья была хорошо изучена. Коэффициент прогностической эмпатии психотерапевта по отношению к обоим супругам превышал 75%. Психотерапевту хорошо были известны ситуации, возникающие в семье, когда муж напивался (при этом он неоднократно избивал жену), особенности его поведения на следующий день, супружеские взаимоотношения и мотивы, определяющие их. Ведущую роль в мотивах жены играло опасение остаться без мужа. Она выросла с отцом, мать ушла из семьи. Отец неоднократно заявлял, что и он мог бы уйти, и это на протяжении длительного времени держало ее в состоянии тревоги. Муж (Ян. Б) в значительной мере чувствовал слабость своей жены, что оказывалось немаловажным стимулом для того, чтобы поддаться соблазну алкоголизации. Исходя из сложившегося в семье положения и основываясь на очень хорошем знании взаимоотношений и характерологических особенностей каждого из супругов, психотерапевт дал указание жене (Янине Б.) на следующий после выпивки день не разговаривать с мужем и не обслуживать его. Психологический расчет оказался точным. Во-первых, психотерапевт не ошибся в отношении жены: по предложению психотерапевта она оказалась в состоянии сделать то, чего не смогла бы сделать по собственной инициативе, а именно объявить бойкот мужу в ответ на его пьянство. Во-вторых, правильным оказался расчет в отношении мужа. Поступок жены действительно подорвал его самоуверенность и уверенность в том, что жена «никуда не денется и все равно простит». В результате соотношение сил в семье изменилось и выполнение указания психотерапевта стало поворотным пунктом на пути излечения супруга.

- в-третьих, установить систему наград и наказаний, которые помогли бы индивиду удержаться от нежелательных действий.

Технику указаний широко применяют психотерапевты самых различных школ и направлений. Значительное место уделено ей в системах С. Минухина, Дж. Хейли и М. Палаццолли и др. Директивы делятся на прямые, метафорические и парадоксальные. В основе этого деления — разница в способе воздействия на поведение членов семьи (более подробное их описание см. в главе 4).

В случае парадоксальной директивы истинная ее цель противоположна провозглашаемой. Психотерапевт в этом случае требует поступить определенным образом, рассчитывая, что члены семьи поступят как раз наоборот. Он может рекомендовать супругам на протяжении определенного времени воздерживаться от сексуальных отношений, если нарушения половой функции у мужа обусловлены тревожным ожиданием неудачи, рассчитывая, что запрет снимет страх супруга перед сексуальными отношениями и в результате семья этот запрет нарушит. В нашей практике семейной психотерапии указания играют немалую роль. Эффективность данной техники решающим образом зависит от правильности ее применения. Наиболее эффективно применение директив в следующих случаях.

1. Если семья способна вести себя по-новому, не так, как привыкла, и ее поведение создает возможность для коррекции нарушения. В качестве примера приводим следующее наблюдение (случай 28).
2. Если есть возможность перехода семьи к правильному, ненарушенному поведению и для ликвидации нарушения в жизни семьи необходимо что-то делать иным способом, чем ранее. Переход семьи к этому способу весьма

Случай 29

УКАЗАНИЕ ДЕЛАТЬ НЕЧТО ИНАЧЕ, ЧЕМ ДЕЛАЛИ ДО СИХ ПОР

Алик З., 9 лет, олигофрения в степени дебильности. Проходит лечение с диагнозом обсессивно-фобический невроз. Источник невротических нарушений — взаимоотношения с матерью. Мать — учительница математики — упорно не желает признать факт умственной отсталости своего единственного сына и примириться с необходимостью его учебы во вспомогательной школе. Она прилагает огромные усилия для того, чтобы он обучался в обычной школе. Она оказывает мощное психическое давление на мальчика. Это давление на протяжении трех школьных лет привело к психической травматизации. После интенсивного диагностического изучения семьи психотерапевт дал указание матери, чтобы она вступила в контакт со вспомогательной школой (познакомилась с учителями) для того, чтобы «изучить их методы работы с трудными учениками». Это указание было принято и выполнено. Затем психотерапевт поручил матери «взять шефство» над несколькими учащимися третьего класса этой школы во время приготовления ими домашних заданий. После этого оказалось возможным и конечное указание — поместить ребенка во вспомогательную школу. Переход Алика З. во вспомогательную школу привел к снятию непосильной нагрузки с матери и соответственно к уменьшению ее чувства вины и ответственности. Выполнение же матерью указаний психотерапевта обусловило ее более близкое знакомство с условиями вспомогательной школы, привыкание к мысли о необходимости перевода, изменение критериев, с которыми она подходила к своему сыну.

затруднен, но возможен, если расчленить его на этапы и разработать серии директив, которые постепенно, шаг за шагом подведут семью к необходимому поведению. Приведем для иллюстрации следующее наблюдение (случай 29).

3. Если имеется возможность реорганизации условий жизни семьи и снятия таким образом нарушений в ее жизни. Речь идет об изменениях места жительства, работы, тех или иных сторон досуга, ведения домашнего хозяйства, режима семьи, определенных, достаточно легко изменяемых привычек. Такие указания особенно часто приходится давать при семейной психотерапии с семьями алкоголиков, подростков с нарушениями поведения на фоне различных акцентуаций характера, а также при устойчивой конфликтности взаимоотношений в семье, если нервно-психическое расстройство у одного из ее членов возникло именно в силу этой конфликтности. В нашей практике были случаи, когда значительного снижения конфликтности в семье удавалось добиться с помощью легко выполнимых указаний семье. Классический пример такого указания изложен в русской народной сказке о старухе, которой был дан совет при каждой ссоре с мужем набирать в рот большой глоток воды и держать до самого конца ссоры. В ходе изучения одной из конфликтных семей было установлено, что значительная часть конфликтов возникает утром, когда супруги собираются на работу. Естественно, было дано указание иным образом организовать утро в семье — так, чтобы супруги в это время практически не встречались, что оказалось возможным. В результате конфликтность взаимоотношений значительно понизилась.

Во всех перечисленных случаях применение указанной техники требует:

- *тщательного изучения семьи*. В основе любой директивы психотерапевта лежит психологический расчет, учитывающий значительное число моментов.

Случай 30

Данная ситуация возникла в ходе работы с семьей Людмилы Д. (см. главу 2). Одной из основных проблем в этой семье было нарушение коммуникаций между Людмилой Д. и ее свекровью и трудно переносимая для Людмилы Д. опека со стороны свекрови.

Свекровь. Надо стараться помогать друг другу. Надо помогать всем, чем можешь. Очень плохо, если в семье не помогают друг другу.

Психотерапевт смотрит на Людмилу Д. Людмила Д. молчит.

Психотерапевт (*обращаясь к Людмиле Д.*). А бывает ли так, что не хочется ничьей помощи, хочется поработать одной?

Людмила Д. молчит.

Свекровь (*решительно*). Конечно нет! Если все в семье от души друг другу помогают, то никогда так не будет.

Психотерапевт (*обращаясь к Людмиле Д.*). А вы бы обиделись, если бы предложили кому-нибудь помощь, а человек сказал, что хочет побыть один?

Людмила Д. Нет.

Психотерапевт (*переспрашивает*). Совсем нет?

Людмила Д. Совсем.

Пауза. Психотерапевт переводит взгляд на свекровь.

Свекровь (*решительно*). Конечно, если человек хочет побыть один… Я люблю, например, мыть посуду и о чем-нибудь думать.

Людмила Д. (*смотрит на нее с удивлением*). И я люблю.

В первом случае нужна была уверенность, что Янина Б. сумеет и осмелится выполнить указание психотерапевта, что на мужа ее поступок произведет необходимое впечатление. Если бы психотерапевт ошибся в своих расчетах, события могли начать развиваться непредсказуемым образом (например, в ответ на бойкот жены он ушел бы из семьи или объявил бы ответный бойкот). Точно так же хорошее знание характерологических особенностей матери Алика З. было необходимо, чтобы точно предугадать ее реакцию на посещение вспомогательной школы. Если бы психологический расчет оказался ошибочным, могло бы случиться, что посещение школы произвело бы обратное действие, а именно укрепило бы нежелание отдавать туда сына;

- *достаточного авторитета психотерапевта* в глазах того члена семьи, который должен выполнить указание. Во всех перечисленных случаях пациенту, выполняющему указание, пришлось сделать нечто неприятное, трудное для него, поэтому только авторитет психотерапевта мог создать для него достаточную психологическую опору;
- *психотерапевтического воздействия на семью примером психотерапевта.* В ходе семейной психотерапии спонтанно возникает значительное число всевозможных ситуаций, проблем, положений. Члены семьи реагируют на них, комментируют, ищут выход из создавшихся ситуаций. При этом нередко спонтанно проявляются как раз проблемные аспекты взаимоотношений между ними. Психотерапевт должен быть готов заметить эти моменты, «выхватить» их из потока событий, обратить на них внимание членов семьи и показать, как можно их решить. В качестве иллюстрации опишем следующие ситуации (случаи 30 и 31).

В этом эпизоде (случай 31) важно даже не то, что свекровь осознала, что опека не всегда нужна, а Людмила Д. высказала, хоть и весьма робко, свое желание. Самое главное, что психотерапевт показал Людмиле Д. технику «косвенного вопроса»

Случай 31

Дмитрий У., 13,5 года. Нарушения поведения на фоне декомпенсации истероидно-эпилептоидной акцентуации характера. Одна из проблем во взаимоотношениях с подростком связана с его приступами упрямства. В частности, однажды подросток заявил, что больше не будет ходить в школу, и на протяжении 1,5 месяца пропускал занятия. В ходе встречи со всей семьей психотерапевт просит подростка, чтобы он изобразил, как утром собирается в школу.

Подросток. Как показать? Как артист? (*Подумав.*) А что, если не получится?

Психотерапевт. Получится.

Подросток (*помолчав*). А если не получится?

Отец (*приходит на помощь*). Ну, встань сюда и покажи, вот так...

Все смеются.

Подросток (*решительно*). Не буду!

Все смотрят на психотерапевта. Тот молчит.

Мать (*подростку*). Ну, раз тебе говорят делать, так делай, и нечего тут упираться... (*Обращается к психотерапевту.*) Ни за что не сделает. Он упрямый как осел!

Психотерапевт (*как бы про себя*). Я бы на его месте, наверное, тоже не сделал... (*Обращается к отцу.*) А вы?

Отец (*улыбаясь*). И я, пожалуй, тоже!

Психотерапевт переводит взгляд на мать.

Мать (*смущенно*). И я тоже, наверное, не смогла бы...

Пауза.

Подросток (*решительно*). Давайте попробую.

и ее применение при решении весьма важной для семьи коммуникационной проблемы. Информация о том, как свекровь может отнестись к отказу Людмилы от ее опеки, была очень нужна Людмиле Д. и в то же время в силу сложившихся в семье взаимоотношений и особенностей ее характера не могла быть ею получена с помощью прямого вопроса. Психотерапевт сделал это с помощью косвенного. Можно быть уверенным, что Людмила Д. запомнит всю эту сцену и позднее, оставшись одна, несколько раз проиграет ее в воображении.

Приведенное наблюдение иллюстрирует и основные требования, которые возникают при применении данной техники.

Во-первых, пациент должен быть готов к тому, чтобы учиться на примере психотерапевта. В данном случае эпизод возник на том этапе психотерапии, когда Людмила Д. уже знала, что такое прямая и косвенная коммуникация, что такое коммуникационная проблема, выполняла в группе специальные упражнения на распознавание таких проблем. Если бы Людмила Д. не прошла такой подготовки, то вся ситуация осталась бы незамеченной ею.

Во-вторых, необходима готовность психотерапевта замечать такие ситуации и использовать их в качестве обучающего примера. Для этого недостаточно искусства и быстроты реакции, необходима и специальная подготовка. Готовясь к проведению психотерапии с имеющей определенную проблему семьей, психотерапевт должен заранее подумать о том, в какой момент эта проблема может проявиться. При подготовке к работе с семьей Людмилы Д. предполагалось, что тенденция свекрови к опеке над Людмилой Д. обязательно спонтанно проявится. При этом, несомненно, возникнет момент, когда эта опека будет нежелательна для Людмилы Д., но она не посмеет выразить свое чувство по отношению к ней. Анализируя описанную ситуацию, нетрудно убедиться, что такие моменты возникали неоднократно. Два из них психотерапевт пропустил — это были случаи, когда свекровь отвечала за Людмилу Д. Третий же был им успешно использован.

Рассмотрим другую семейную психотерапевтическую ситуацию с точки зрения проблемы, которая играла значительную роль в семейных взаимоотношениях

(случай 31). Для подростка характерен явно завышенный уровень притязаний («все, что я делаю, — очень хорошо»), однако он сочетается с неуверенностью в себе. Им выработан устойчивый способ защиты от опасности оказаться не на высоте собственных притязаний: в тот момент, когда подросток сомневается в себе, он придирается к кому-то из окружающих, так или иначе создавая представление, что ему мешают показать, на что он способен, а раз так, то он без объяснения причин наотрез отказывается продолжать. Этот способ защиты подросток использовал в школе: поводом к полуторамесячному прекращению учебы было не вполне корректное поведение одного из учителей, хотя истинной причиной были трудности в учебе и проблемы с самоутверждением в коллективе класса. Тот же способ подростка спонтанно проявился и в описанной ситуации. Если бы подросток был уверен, что отлично справится с поручением психотерапевта, то не колеблясь выполнил бы его. Но он не был уверен, поэтому «придрался» к общей вспышке смеха, возникшей после слов отца, и наотрез отказался.

Важно отметить, что в ходе групповой психотерапии родители подростка знакомились с подобными ситуациями, изучали различную технику их разрешения. Среди других осваивалась и техника «перехода к относительным нормам», которую использовал психотерапевт в описанной ситуации (Olovs H., 1966). Поэтому в описанном эпизоде она была сразу «опознана» родителями (из-за нее — смущение матери). Вся ситуация, несомненно, запомнится семье, будет неоднократно проигрываться членами семьи в воображении.

Наш опыт показывает высокую эффективность такой техники семейной психотерапии на том этапе, когда в ходе индивидуальных и групповых занятий члены семьи уже имеют все необходимое для самостоятельного решения семейной проблемы, и теперь нужно лишь помочь им научиться применять полученные знания в повседневной семейной жизни.

Семейная дискуссия — один из наиболее широко применяемых методов семейной психотерапии. Это, в первую очередь, дискуссия в семейных группах — обсуждение членами семьи широкого круга проблем, касающихся жизни семьи, и способов решения различных семейных вопросов. Интересные опыты работы в родительских группах описаны В. М. Воловиком (1980) и А. И. Захаровым (1982), который при описании пользуется термином «семейное обсуждение». Дискуссия может преследовать многочисленные цели.

1. Коррекция неправильных представлений о различных аспектах семейных взаимоотношений: о способах разрешения семейных конфликтов, о планировании и организации семейной жизни, о распределении обязанностей в семье и т. д. Особенно на начальных этапах семейной психотерапии важна коррекция неправильных представлений о семье методом участия в дискуссии, в ходе которой пациент с удивлением узнает, что многие вещи, которые казались ему очевидными, для других людей таковыми не являются. Участие в групповой дискуссии «расшатывает» устоявшиеся представления пациента, заставляет заново проверить их правильность. Это зародившееся в ходе семейной дискуссии сомнение в правильности своих убеждений — чрезвычайно благоприятный для дальнейшей психотерапии фактор.
2. Обучение членов семьи методам дискуссии. В ходе обсуждения семейных проблем члены семьи обычно обсуждают вопросы, кажущиеся им наиболее важными. При этом они применяют те методы обсуждения, к которым при-

выкли. Это используется психотерапевтом для формирования у членов семьи более широкого взгляда на различные семейные вопросы и для коррекции вредных привычек, затрудняющих выявление истины в ходе дискуссии. В нашей практике оправдали себя специальные правила ведения дискуссии, которые обсуждаются с участниками группы и которым те стараются следовать. Приведем некоторые из них: «Цель дискуссии — не доказать свою правоту, а совместно найти истину»; «Цель дискуссии — не прийти к соглашению, а установить истину»; «Дискуссия — не соревнование и не способ выявления того, кто умней»; «Прежде чем возражать, подумай, в чем все-таки прав тот, кому готовишься возразить, попробуй развить то, в чем прав другой».

3. При собственно семейной дискуссии (т. е. обсуждении каких-то вопросов в рамках семьи) особенно большое значение приобретает обучение формированию адекватного представления о том или ином аспекте семейной жизни, где немалую роль играет коррекция тех особенностей взаимоотношений членов семьи, которые препятствуют этому.

В практике семейной психотерапии нередко приходится сталкиваться с парадоксальным явлением: при раздельной работе с членами семьи все они с помощью психотерапевта или группы приходят по определенному вопросу к одинаковому мнению. Однако стоит начать совместное обсуждение этого вопроса, как мнения тут же поляризуются и члены семьи вновь занимают диаметрально противоположные позиции. Поляризация эта происходит в соответствии с особыми внутрисемейными информационными ролями. Один из супругов может, например, устойчиво выполнять роль «пессимиста», другой — «оптимиста»; один — «теоретика», другой — «практика» и т. д.

Такая поляризация на определенном этапе может быть и полезна, обеспечивая многосторонность рассмотрения семьей различных вопросов. Однако она же нередко служит серьезным препятствием для формирования адекватного семейного представления. Под ее воздействием супруги нередко заинтересованы не столько в истине, в выработке адекватного представления по тому или иному вопросу, сколько в том, чтобы оказаться правыми. Приведем примеры высказываний членов семьи, иллюстрирующих явление поляризации: «Муж у меня любит все покритиковать. Я, наоборот, стараюсь убедить его, что все не так уж плохо», «Я по природе — пессимист, жена у меня, наоборот,— неисправимая оптимистка. Если я начинаю говорить, как все будет плохо, она обязательно начнет доказывать, что все будет хорошо». При коррекции особое значение приобретает осознание членами семьи своей заинтересованности в том или ином ходе семейной дискуссии.

Управление семейной дискуссией требует от психотерапевта немалого искусства. Заслуживает внимания данное Х. Пересом описание основных приемов, используемых семейными психотерапевтами при ведении семейной дискуссии (Peres J., 1979). Это эффективное использование молчания; умение слушать; обучение с помощью вопросов; повторение (резюмирование); обобщение; экспликация эмоциональных состояний членов семьи; конфронтация с определенным мнением или даже с членом семьи и т. д. Автор описывает многообразные функции каждого из перечисленных приемов семейной дискуссии.

«Эффективное использование молчания» — это прием, применяемый психотерапевтом в момент, когда дискуссия по какой-либо причине прерывается и воцаряется неловкое молчание. В этот момент психотерапевт, вопреки ожиданиям членов семьи, присоединяется к общему молчанию, молчит вместе со всеми. Такое поведение может преследовать разнообразные цели. Одна из них — снятие напряженности на первых этапах знакомства с семьей. Молчание психотерапевта в этом случае означает то, что постоянное говорение не есть обязательное условие совместного занятия, что в молчании нет ничего особенного. В другой ситуации психотерапевт может молчать, если понимает, что такое поведение соответствует правилам данной семьи. Своим молчанием он показывает, что понимает это правило и разделяет его. Добавим, что нередко молчание психотерапевта может носить и провоцирующий характер. В случае 31 психотерапевт своим молчанием вынудил членов семьи попытаться самостоятельно решить возникшую в ходе семейного занятия проблему (преодоление упрямства подростка). Это дало ему возможность позднее показать, как именно надо было решать эту проблему. Описание того, как этот прием использовал Дж. Хейли, см. в главе 4.

Столь же многообразные функции играют в семейной дискуссии *«умение слушать»*, *«обучение с помощью вопросов»*, *«резюмирование»* и другие перечисленные Х. Пересом приемы. Все они могут выполнять обучающую функцию: избирательным слушанием, вопросом или резюмированием психотерапевт обращает внимание семьи на какой-то аспект обсуждаемой темы, с их помощью психотерапевт нередко направляет дискуссию в нужное русло, что особенно важно на начальных этапах семейной психотерапии, когда семейная дискуссия под влиянием самых различных факторов, в том числе и страха перед неразрешенными семейными проблемами, легко сворачивает в сторону, уходит от «горячих тем».

Обусловленное общение — разнообразные психотерапевтические методы, которые сводятся к тому, что в обычные, привычные семейные взаимоотношения вводится какой-то новый элемент. Цель обусловленного общения — дать возможность членам семьи откорректировать привычные нарушения в отношениях. Один из приемов — обмен между членами семьи записками: при обсуждении какого-либо вопроса члены семьи не говорят, а переписываются. Это в определенных случаях позволяет искусственно замедлить процесс коммуникации и сделать его более наблюдаемым для членов семьи. В результате они начинают замечать те особенности своей коммуникации, которые обычно ускользают от их внимания.

Аналогична роль применяемой для улучшения коммуникации и взаимной эмпатии между супругами цветовой сигнализации (Alger J., Hagan P., 1969). Каждый цвет обозначает определенное чувство. Обращаясь друг к другу по различным вопросам, супруги зажигают лампочки, соответствующие испытываемому чувству.

Искусственное добавление к обычным взаимоотношениям дает супругам возможность лучше ориентироваться во взаимных состояниях друг друга и учит их точнее представлять себе эти состояния при общении. Техника обусловленного общения применяется для формирования широкого круга навыков.

Нередко в качестве нового элемента вводятся определенные правила. Эти правила предусматривают условия, при которых они вступают в силу, и соответствующее поведение. Такова разработанная Бахом (Bach G., Wyden P., 1969) и модифицированная Кратохвилом (Kratochvil S., 1974) техника «честной борьбы»,

или «конструктивного спора», которая включает в себя набор правил поведения, вступающих в силу в тот момент, когда супруги испытывают потребность в выражении агрессии по отношению друг к другу:

1) спор может проводиться только после предварительного обучения и согласия обеих сторон, выяснять отношения следует как можно быстрее после возникновения конфликтной ситуации;
2) тот, кто начинает спор, должен ясно представлять себе цель, которой он хочет достичь;
3) все стороны должны принимать активное участие в споре;
4) спор должен касаться только предмета спора, недопустимы обобщения типа «и всегда ты...», «ты вообще...»;
5) не допускаются «удары ниже пояса», т. е. применение аргументов, слишком болезненных для одного из участников спора (указания на психические болезни членов его семьи, физические уродства, сексуальные неудачи и т. п.).

Всеми этими правилами члены семьи должны овладеть в ходе специальных занятий и затем включать их в свои обычные повседневные отношения.

Имеющийся у нас опыт свидетельствует о том, что методика действительно содействует росту культуры выражения агрессии. Особенно эффективным оказывалось ее применение при наличии у одного из членов семьи того, что можно было бы назвать «конфликтофобией», — нерационального страха различной этиологии перед выражением агрессии другими членами семьи. Члены семьи с этим нарушением склонны уступать выражению агрессии даже тогда, когда чувствуют, что совершенно правы. В клинике алкоголизма мы нередко наблюдали случаи, когда супруга уступает пьющему мужу только для того, чтобы он на нее «не орал». Обучение технике «конструктивного спора» в таких ситуациях, как правило, обеспечивает устойчивость против выражения агрессии, умение в этих условиях находить верную линию поведения.

Техники, формирующие умения и навыки

В ходе изучения семьи нередко обнаруживается, что у ее членов отсутствуют или недостаточно развиты навыки и умения, необходимые для успешной семейной жизни. Сложная совокупность навыков необходима для правильной коммуникации между супругами, для формирования правильного представления о семейной жизни и друг друге и для эффективных ролевых взаимоотношений. Эти недостающие навыки формируются с помощью самых разнообразных психотерапевтических техник.

Давая указания членам семьи, приводя примеры решения каких-либо проблем, проводя дискуссии, используя приемы «обусловленного общения», психотерапевт стремится к тому, чтобы правильные формы общения превратились в соответствующие навыки. Тем не менее нередко для формирования навыков и умений приходится применять специальные упражнения, организовывать соответствующие «тренировки».

Особенность методик данной группы состоит в том, что перед пациентом ставится определенная задача (или совокупность задач), ему говорится об умении

или навыке, которые он должен сформировать, и сообщается критерий, с помощью которого он может судить о том, в какой мере ему это удалось.

Особое значение в семейной психотерапии приобретает формирование версионного мышления. Занятие строится следующим образом: психотерапевт сообщает об определенных поступках каких-то людей: например, жена выражает неудовлетворенность сексуальными возможностями своего супруга; мать выполняет все пожелания своего сына; один из членов вполне благополучной семьи неожиданно совершает попытку самоубийства. От пациента требуется выдвинуть как можно больше (не менее 20) версий мотивов, обусловивших такой поступок. Навык считается сформированным, если упражняющийся без особого труда, «с ходу» выдвигает значительное число версий.

Формируемая таким образом способность к быстрому выдвижению множества мотивов оказывается необходимой при коррекции целого ряда семейных нарушений. В частности, способность выдвинуть множество различных предположений о причинах того или иного поступка другого супруга содействует коррекции нарушений представлений членов семьи о семье и друг о друге (описание практического применения данной методики с этой целью см. в главе 2). Применение подобных техник показано прежде всего в тех случаях, когда необходимы специальные усилия по формированию определенного навыка.

Проигрывание семейных ролей. Эти методики включают проигрывание ролей в различного рода играх, символизирующих семейные отношения (например, в детской психотерапии игра в «звериную семью», в которой участвует папа-кот и мама-кошка), «обмен ролями» (например, игры, в которых родители и дети меняются ролями), «живые скульптуры» (члены семьи изображают различные аспекты своих взаимоотношений).

Стихией ролевых игр является, конечно, детская психотерапия. Ролевая игра естественна для детей, что широко используется для коррекции их поведения и взаимоотношений с родителями (Захаров А. И., 1982). Применение данной техники у взрослых осложнено наличием у них страха перед необходимостью выступить в какой-то иной роли, чем та, к которой они на протяжении жизни привыкли.

В нашей практике проигрывание определенных ролей применялось в основном в ходе семейных дискуссий. Если один из членов семьи убежденно защищал свою точку зрения на то, как должны быть организованы семейные взаимоотношения, ему предлагалось показать, как это должно выглядеть. Этот член семьи выступал в таком случае в роли режиссера и сценариста, т. е. объяснял, кто и что должен делать. Такое проигрывание в одних случаях проясняло искусственность предложений или, наоборот, помогало выяснить, что имеется в виду, позволяло значительно «приземлить» семейную дискуссию, приблизить ее к реальным взаимоотношениям в семье.

4 ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ: ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕТОДЫ



Расставания/встречи супругов. «Прощание древлянки»

История развития семейной психотерапии

Многообразие определений семейной психотерапии (см. Предисловие) обусловлено господствующими теориями и отражает влияние культуры.

Долгие годы наиболее прагматичным считалось определение, сформулированное В. К. Мягер и Т. М. Мишиной. Под семейной психотерапией принято понимать комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента (в отечественной литературе устойчиво используется термин «пациент», в западной — «идентифицированный пациент», т. е. «носитель симптома») в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений. Семейная психотерапия — это особый вид психотерапии, направленный на коррекцию межличностных отношений и имеющий целью устранение эмоциональных расстройств в семье, наиболее выраженных у больного индивида (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976).

Мнения исследователей о том, кто был основоположником семейной психотерапии, существенно расходятся. Одни называют имя Зигмунда Фрейда, ссылаясь на то, что основной на психоаналитическом конгрессе в Нионе в 1936 г. была тема «Семейные неврозы и невротическая семья». Другие считают, что семейная психотерапия развилась из групповой психотерапии в качестве альтернативы психоанализу (Minuchin S., 1974).

В России еще в 1817 г. Ф. И. Уден указал на роль неправильного, изнеживающего воспитания в формировании у детей истерических черт характера. Следует подчеркнуть, что Уден вообще был одним из первых, кто обратил внимание на такой аспект семейной жизни, как отношение родителей к ребенку и влияние его на формирование психики.

В последней четверти XIX в. возникло учение о «семейной диагностике» и «семейном лечении» различных психических состояний (Маляревский И. В., 1886; Z. D. Smith, 1890), которое в настоящее время стало чрезвычайно важным разделом психиатрии. За рубежом интенсивные исследования по этой теме проводятся в США, Германии, Великобритании, Франции, Польше и во многих других странах.

Подлинным основоположником семейной психиатрии в России и одним из первых в мире был И. В. Маляревский. В 1882 г. в Санкт-Петербурге им было основано «Врачебно-воспитательное заведение» для психически больных детей и подростков, администрация и персонал которого уделяли большое внимание диагностике взаимоотношений в семьях психически больных и роли неправильного воспитания в формировании различных проявлений душевной болезни. С родственниками больных проводились сеансы «семейного воспитания» (И. В. Маляревский, 1886) — прообраз современной семейной психотерапии.

В 1886 г. вышла первая в мире монография о психопатиях, принадлежащая перу В. М. Бехтерева, — «Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросам вменения», в которой, в частности, допускалось существование «приобретенной психопатии» как результата неправильного отношения родителей к воспитанию ребенка. Типология видов искаженного воспитательного воздействия родителей на детей, сохранившая в общих чертах значение и в наши дни, была разработана в трудах И. А. Сикорского (1899).

Шпигель и Белл в историческом обзоре «Семья психически больного» (Spiegel J. P., & Bell N. W., 1959) указывали, что одними из первых, кто проявил интерес к семьям психически больных, были социальные работники и деятели благотворительных организаций, а не лечащие врачи, которые, в силу увлеченности концепцией З. Фрейда с ее акцентированием интрапсихических процессов, не придавали большого значения той среде, в которой проходила жизнь больного. Именно социальные работники первыми столкнулись с проблемой так называемого «семейного удара» — возвращения пациента из больницы в семью и связанных с этим многочисленных реакций и действий со стороны членов семьи. М. Ричмонд в своей широко известной в США монографии «Social Diagnosis» (Richmond M., 1917) одной из первых обратила внимание на необходимость обращать внимание на особенности взаимоотношений и на психологический климат в семье, изучать семью как систему. Более чем за 20 лет до нее эти же идеи, которые и в настоящее время остаются основополагающими, были выдвинуты З. Смит (Smith Z. D., 1890).

Начиная с первой четверти XX в. психиатрами, клиническими психологами, социальными психологами и социологами проводились систематические исследования семьи, охватывающие не только процесс воспитания, но и многие другие аспекты ее функционирования: взаимоотношения поколений в структуре одной семьи, лидерство отдельных ее членов, взаимоотношения между родителями, наличие конфликтов и способы их разрешения, коммуникация семьи с окружающей социальной средой, культурные и духовные ценности семьи, ее материальный статус.

Потребность населения в семейной психотерапии возрастала во всех странах мира, особенно начиная с середины 40-х гг. XX в. — после завершения Второй мировой войны (Spiegel J. P., Bell N. W., 1959), а в СССР — в 70-е гг. и после 1990 г. (Мягер В. К., 1976; Эйдемиллер Э. Г., 1994).

Исследования семей в современной психиатрии проводятся в двух направлениях. Одно из них — «психогенетическое», в его основе — утверждение, что особенности семейной жизни пациентов играют определенную роль в формировании тех или иных личностных аномалий и клинических проявлений психозов. В зарубежной психиатрии этой точки зрения придерживаются в основном те ученые, которые занимаются психоаналитическими и психодинамическими исследованиями. До последнего времени они игнорировали роль биологических факторов в патогенезе психических расстройств, что является существенным недостатком этого направления.

В отечественной психиатрии формирование психопатий и неврозов традиционно рассматривалось с позиций динамики и единства социальных и биологических факторов (Ганнушкин П. Б., 1933; Краснушкин Е. К., 1930, 1940; Сухарева Г. Е., 1959; Кербиков О. В., 1960–1965, 1971; Фелинская Н. И., 1965–1973; Лакосина Н. Л., 1967; Морозов Г. В., 1969; Шостакович Б. В., 1971; Ушаков Г. К. и др., 1972; Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1973). Динамический принцип в изучении шизофрении проявился при разработке закономерностей течения болезненного процесса (Сухарева Г. Е., 1937; Мелехов Д. Е., 1963; Озерецковский Д. С., 1969; 1970; Снежневский А. В., 1960, 1966, 1969).

Другое направление — «клинико-генетическое» — предполагало исследование личностных особенностей самих больных (пробандов), их родственников и осо-

бенностей психозов у родственников, включая родителей (Berze I., 1910; Medow W., 1914; Hoffman H., 1926; Kahn E., 1923; Галачьян А. Г., 1937; Видманова Л.Н. и др., 1966; Шендерова В. Н., 1972; Шахматова И. В., 1972).

В последнее время появляется все больше исследований, в которых анализируются как данные генетических исследований, так и особенности внутрисемейных отношений, — психическое заболевание понимается как результат сложных взаимодействий конституциональной предрасположенности, например, к шизофреническим реакциям и к действиям факторов среды, которые выявляют эти реакции (Goldfarb W., 1961; Wieck Ch., 1965; Аланен И. О., 1967, 1971; Hafner H., 1972; Arieti S., 1974).

Труды авторов различных западных психиатрических и социологических школ — Зигмунда Фрейда, Адольфа Майера, Грегори Мида, Гарри Салливана, Карен Хорни, Сильвано Ариети — оказали большое влияние на современные прикладные исследования семей больных шизофренией.

Адольф Майер (Meyer A., 1966, 1910, 1911) выдвинул предположение, что жизненный путь больного должен изучаться ретроспективно с самого начала, что необходимо оценивать все факторы, которые могли способствовать развитию заболевания. Шизофрения, например, им понималась как «шизофреническая реакция» — реакция на события, которые подготавливают почву для психозов. Он призывал уделять больше внимание взаимоотношениям в семьях психически больных: для постановки психиатрического диагноза (1909), при лечении болезни (1906) и после возвращения больного в семью (1911). Концепция А. Майера, которая ранее доминировала в американской психиатрии, в настоящее время сосуществует с другими теориями. Зигмунд Фрейд занимал противоречивую позицию относительно роли внешних, в частности семейных, воздействий в развитии психических нарушений: с одной стороны, главенствующими факторами в формировании картины психической болезни он считал интрапсихические процессы, с другой — неоднократно подчеркивал, что, например, предрасположенность к неврозу лежит «у дверей окружения» — будь то рамки семьи, среда или принадлежность к определенному культурному слою (Freud Z., 1928, 1930).

По мнению Майкла Николса, автора одного из наиболее популярных в США руководств по семейной психотерапии (Nickols M., 1984), фактически первым в США семейным психотерапевтом является Джон Белл (Bell J. E., 1961; 1962). Он основал свою практику на принципах групповой психотерапии, стремясь на сеансах семейной психотерапии стимулировать открытую дискуссию с целью разрешения различных проблем. Он старался помочь молчаливым членам семьи, часто задавая им вопрос: «Почему вы молчите?» В начале своего пути Белл считал семейную психотерапию многоэтапным процессом, содержание этапов которого сходно с содержанием этапов групповой психотерапии. В дальнейшем он стал менее директивным и обращал больше внимания на динамику конкретной семьи, а не на динамику «теоретической группы». Первые 15 лет своей работы Д. Белл воздерживался от публикаций, в результате чего «пионерами в области семейной психотерапии стали другие» (Nickols M., 1984).

В настоящее время в семейной психотерапии выделяют несколько основных направлений: психодинамическое (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Ackerman N., 1958, 1966; Ackerman N. W., Franklin P. F., 1985), системное и стратегическое (Эйдемиллер Э. Г., 1990, 1992, 1994; Чаева С. И., 1992; Minuchin S., 1974; Haley J.,

1976; Minuchin S., Fishman H. C., 1981; Palazzoli M. S., Boscolo L., Cechin G., Prata G., 1981; Fritz B. Simon, Helm Stierlin, 1984; Burnham G., 1991), а также эклектическое (Эйдемиллер Э. Г., 1980; Захаров А. И., 1982).

Исторически первым направлением в семейной психотерапии было психодинамическое, выросшее, как считают на Западе, из анализа З. Фрейдом случая «маленького Ганса» (Sakamoto J., 1967). Известно, что отец Ганса вел дневник и писал Фрейду письма, в которых сообщал о том, как он интерпретирует переживания своего сына, страдавшего навязчивым страхом лошадей, а в ответ получал советы, как лучше проводить эту работу. Так были сформулированы основные признаки психодинамического подхода: анализ исторического прошлого членов семьи, их неосознаваемых желаний, психологических проблем и взаимных проекций, которые переживались на ранних этапах онтогенеза и воспроизводились в актуальном опыте. Поэтому важной задачей психотерапии являлось достижение инсайта — осознания того, как нерешенные в прошлом проблемы влияют на взаимоотношения в семье в данный момент и как у некоторых ее членов из нарушенного контекста отношений возникают невротические симптомы и неконструктивные способы адаптации к жизни. В настоящее время такой подход, требующий больших усилий и огромных затрат времени со стороны как психотерапевта, так и членов семьи, считается экономически нецелесообразным, но в то же время высокоэффективным.

В составе участников II Международной конференции (Краков, 1990), а также III (Юваскюля, 1991) и VI (Иерусалим, 1992) Международных конгрессов по семейной психотерапии было всего 25% представителей психодинамического направления, в то время как представителей семейной системной психотерапии — около 60%.

Представители эклектического направления в психотерапевтической работе с семьями сочетают различные по лечебным механизмам методы — гипноз, АТ и медитацию, домашние задания по модификации поведения, анализ и интерпретацию взаимоотношений, групповые дискуссии и т. д.

Продолжительность семейной психотерапии может колебаться от нескольких недель до нескольких лет, что обусловливается тяжестью психических расстройств у носителя симптома, выраженностью межперсональных конфликтов в семье, мотивацией членов семьи к совершению терапевтических изменений. Когда участники психотерапии спрашивали у Вирджинии Сатир: «Сколько будет длиться семейная психотерапия?», она отвечала: «Для того чтобы определить, в чем заключается ваша проблема, потребуется от трех до шести сеансов продолжительностью в один час, а дальше вы сами решите, достаточно этого для вас или же вы хотите работать со мной дальше». Вначале семейная психотерапия проводится с частотой 1–2 сеанса в неделю, затем постепенно все реже и реже — до одного сеанса в две, а потом в три недели.

Часто исследователи выделяют четыре этапа семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 1976, 1980; Тысячная З. К., 1979; Eidemiller E. G., Justitsky V. V., 1989):

1) диагностический (семейный диагноз);
2) ликвидация семейного конфликта;
3) реконструктивный;
4) поддерживающий.

Причем семейный диагноз понимается как типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи и характеристик болезни одного из них (Мишина Т. М., 1983).

Диагностика семейных отношений осуществляется в процессе присоединения психотерапевта к семейной группе с помощью системы выдвигаемых и проверяемых проблемных диагностических гипотез. Особенность этой процедуры заключается в том, что она носит сквозной характер, т. е. сопровождает семейную психотерапию на всех ее этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая ее особенность — стереоскопический характер: если информация о происходящем получена от одного из членов семьи, она должна быть сопоставлена с информацией, полученной от других, и с тем впечатлением, которое сложилось у психотерапевта на основании расспросов и наблюдений за поведением участников процесса психотерапии («семья глазами ребенка», «семья глазами родителей», «семья глазами психотерапевта», «какие мы на самом деле»).

На втором этапе в ходе встреч психотерапевта с пациентом и членами его семьи осуществляется выявление и прояснение истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с психотерапевтом. Психотерапевт помогает участникам конфликта учиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает информацию о конфликте от одного члена семьи к другому (в согласованном с ними объеме). Невербальный компонент этой информации может быть транслирован психотерапевтом на сеансе совместной встречи, для чего используется техника «робот-манипулятор»: выслушав противоречивое сообщение участника сеанса, психотерапевт переводит его на язык жеста, экспрессивность которого соотносит с сенситивностью и толерантностью участников. Таким образом, на этой стадии ведущими оказываются недирективная психотерапия, нацеленная в основном на вербализацию неосознаваемых переживаний, а также специально разработанные нами методы — попытки установить контакт и добиться эффекта, воздействуя в иерархическом порядке на различные стороны личности участников (Юстицкий В. В., 1980).

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем в отдельно взятой семье или в параллельных группах пациентов и их родственников со сходными проблемами. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам «конструктивного спора» по Баху—Кратохвилу (Kratochvil S., 1985).

На поддерживающем этапе (на этапе фиксации) закрепляются в естественных семейных условиях приобретенные на предыдущих этапах навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения. Проводится слушание отчетов о динамике внутрисемейных отношений, консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейной психотерапии, обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений.

С нашей точки зрения, «этап семейной психотерапии» и выбор адекватной ему психотерапевтической методики — явления, связанные между собой.

Случай 32

СЕМЕЙНЫЙ ГОМЕОСТАЗ

Женщина, больная кататонической формой шизофрении, обнаруживала такое свойство личности, как выраженная нерешительность. После того как однажды на сеансе семейной психотерапии под воздействием опыта предыдущих сеансов она продемонстрировала решительное поведение, у ее родителей появились проблемы: у матери — беспомощность и зависимость, а у отца — импотенция. Родители упорно сопротивлялись принятию нового поведения дочери. На одном из сеансов семейной психотерапии они смогли «услышать» твердое заявление дочери о принимаемом ею решении только после трехкратного прослушивания магнитофонной записи сессии. По мнению Джексона, нерешительность дочери была не только и не столько следствием психического заболевания, сколько бессознательной попыткой защитить своих родителей от их собственных трудностей. Симптомы дочери защищали стабильность семьи — родители концентрировали свое внимание на поведении дочери и не обращали внимания на то, что мать также зависима и нерешительна, а отец испытывает затруднения в сексуальном поведении.

Школа Пало Алто

Дон Джексон — один из лидеров этой школы — ввел понятие «семейного гомеостаза». Согласно Джексону, «семейная стабильность», обеспечивающая «семейный гомеостаз», является динамическим понятием, а жизнь семьи — это «стабильность в изменяемости». Джексон понимал симптоматическое поведение детей как неудачную попытку восстановления «семейного статус-кво»: постоянные ссоры родителей приводят к нарушениям поведения детей, появление у ребенка симптоматического поведения отвлекает родителей от ссор и заставляет больше внимания уделять ребенку — «носителю симптома». В дальнейшем в англо-американской литературе закрепились термины для обозначения больного члена семьи — «идентифицированный пациент» (IP) — т. е. тот, которого члены семьи считают больным или «носителем симптома».

В качестве иллюстрации «семейного гомеостаза» Джексон приводит следующий случай (случай 32).

Еще одна идея, которую развивал Джексон, — это существование преобладающих в семьях паттернов поведения. Он отказался от основополагающих понятий психоанализа — проекции, регресса, индивидуальных мотивов — для объяснения поведения человека в семье и ввел понятие «семейные правила», описав три их типа (Jackson D., 1963):

1) открытые нормы — налажен открытый обмен информацией о том, кто и что делает в семье;
2) ценности — члены семьи открыто признают, что важно для них, а что — нет;
3) гомеостатические механизмы — их определяют как правила и ценности и претворяют в жизнь.

Джексон пришел к мысли, что дисфункция семьи связана с недостатком правил, обусловливающих изменения.

Об этом уже говорил Джордж Котона (Kotona G., 1965) — экономический психолог, обративший внимание на то, что семьи легко адаптируются к увеличению бюджета и с большим трудом — к его уменьшению. Им введен термин *qui pro*

quo (взаимный обмен), обозначающий согласования, в результате которых появляются вышеописанные правила.

Джексон не соглашался с концепцией, которую разделяли многие семейные психотерапевты (Reiter Z., 1978; Strotzka H., 1978), что семейные взаимоотношения возникают в результате распределения и принятия ролей. Он считал, что ведущим фактором, обусловливающим характер взаимоотношений в семье, является процесс переговоров, согласований, борьбы, в результате которых определяется способ координации усилий. Семейные правила могут быть явными и закрытыми. Если они закрытые, то задача психотерапевта — помочь членам семьи осознать, а затем изменить их.

Джексон первым описал симметричные и комплементарные (дополняющие) взаимоотношения в семьях. Симметричные отношения основаны на равенстве и сходстве в понимании и решении семейных проблем — оба родителя воспитывают детей, оба занимаются домашним хозяйством, оба строят служебную карьеру. Комплементарные отношения строятся на принципе противоположности и взаимного дополнения. Например, он — лидер, она — ведомая; он — логичен, она — эмоциональна; он — слабый, она — сильная и т. д. По мнению Майкла Николса, одним из недостатков концепции Джексона было то, что в центре внимания его исследований находились диадные отношения в семье, а не отношения в треугольнике.

Другая видная фигура в школе Пало Алто — Джей Хейли, автор метода психотерапии, который получил название «проблеморешающей терапии» (*problemsolving therapy*). Джей Хейли многое заимствовал у Милтона Эриксона. В отличие от Джексона, предполагавшего, что семьи стремятся к сохранению гомеостаза, Хейли считал, что отношения в семье определяются исходом борьбы супругов за контроль над другими членами семьи. Симптом — один из способов контролировать поведение окружающих. По мнению Хейли, задача психотерапии — предоставить людям другие способы воздействия. Например, навязчивое мытье рук у жены может быть способом протеста против деспотизма мужа. Психоаналитик или психотерапевт из школы Мясищева—Карвасарского описывает это как «вторичную выгоду», а Хейли об этом пишет так: «Существенный аспект симптома — это выгода, которую он дает пациенту в деле установления контроля над тем, что происходит во взаимоотношениях с другим членом семьи...» (1961).

Хейли считал, что лечебный эффект семейной психотерапии значительно возрастает, если на сессии собираются все члены семьи.

Вкладом Хейли в семейную психотерапию стали различные задания (директивы) членам семьи. Выполнение заданий обеспечивало равенство, каждый член семьи имел право высказать свое мнение или что-то сделать. Психотерапевт дает задания как во время сеанса семейной психотерапии, так и на дом. Цель этих заданий:

- изменить поведение членов семьи;
- найти дополнительный стимул для построения отношений психотерапевта с членами семьи;
- изучить реакции членов семьи при выполнении ими заданий; осуществить поддержку членов семьи, так как во время выполнения заданий психотерапевт как бы незримо присутствует.

Усиление мотиваций для выполнения заданий. При косвенном инструктировании следует обсудить все попытки разрешить ситуацию, предпринятые членами

семьи ранее. Каждый вариант решения нужно заканчивать словами: «Жаль, но и это не удалось...» После этого члены семьи, как правило, с большим доверием отнесутся к директивам психотерапевта. Обычно на поздних сеансах второго этапа семейной психотерапии возникает необходимость прямых директив. Для успешности их выполнения необходимо согласие между членами семьи и психотерапевтом в том, какая перед ними цель и каковы способы ее достижения.

Если члены семьи испытывают приступ отчаяния, что находит отражение в репликах: «Как нам плохо!», то психотерапевт соглашается: «Да, вам очень плохо!» — происходит объединение на этой эмоции. В случае выраженного сопротивления психотерапевт сопровождает свое задание словами: «Это настолько несущественно, что об этом не стоит и говорить». Для семей, которые радуются резким переменам в своей жизни и кризисам, следует подчеркнуть, что задание является чем-то очень важным. Кроме того, успешности в выполнении заданий способствует проявление психотерапевтом власти, для чего он принимает роль компетентного эксперта: «Я очень хорошо это знаю...», «Весь мой опыт говорит...», «В таких случаях известный американский психотерапевт Сальвадор Минухин делает так-то...». Если психотерапевт полагает, что задание слишком неожиданно или может представлять угрозу гипернормативным установкам членов семьи, то директиву следует предварить такими словами: «То, что я хочу просить вас сделать, может показаться глупым, но я все равно попрошу». Формулировки заданий должны быть четкими, понятными, конкретными. Необходимо следить за реакциями членов семьи, побуждать их к усвоению задания. Можно попросить участников психотерапии повторить инструкции психотерапевта.

Примеры прямых директив. Если психотерапевт замечает, что во время сеанса образуется коалиция, к примеру, между бабушкой и внучкой, а мать девочки при этом лишается всякого влияния на нее, то можно попытаться изменить эту ситуацию, поскольку именно длительное ее переживание в семейной жизни обусловило симптомы невроза у девочки. Психотерапевт дает задание девочке сделать что-то, что очень не нравится бабушке, а мать получает задание защищать дочь во что бы то ни стало. Результатом такого взаимодействия может быть увеличение дистанции между бабушкой и внучкой.

В случае конфликтных отношений между представителями подсистем в семье (например, когда мать негативно относится к дочери, а отец допоздна не бывает дома или же пассивно наблюдает за их ссорами) можно предложить «построить стенку». Психотерапевт во время сеанса лишает мать и дочь возможности общаться между собой: «Если хотите сказать что-либо друг другу, делайте это через отца». Им предлагается на протяжении определенного времени дома не общаться друг с другом, а все свои пожелания передавать через отца. Выполнение таких заданий приводит к ликвидации конфликта и, кроме того, активизирует роль отца, который, может быть, впервые начинает осознавать, что от него многое зависит, и это начинает ему нравиться.

Чтобы улучшить эмпатические способности матери, которая находится в симбиотической связи с ребенком, помочь ей установить с ним дистанцию и принять его автономность, ей можно предложить задание на дом: спрятать какую-нибудь вещь от ребенка, чтобы на поиски ее он тратил не более 10 и не менее 5 минут. Мать должна повторять это задание до тех пор, пока не добьется успеха. В случае депрессивных реакций у участников психотерапии им могут быть предложены

серии заданий, которые требуют активности. Например, психотерапевт говорит: «А тебя я сейчас попрошу исполнить роль хронометриста: ты будешь считать про себя, сколько времени каждый будет говорить, и сообщишь результат». Выполнение такого задания может вызвать у исполнителя раздражение и даже гнев, что в конечном счете ослабит депрессивную реакцию.

Метафорические задания. Такие задания строятся на поисках аналогий между событиями или поступками, которые на первый взгляд совершенно различны.

Блестящий пример метафорических заданий, которые применял в своей работе Милтон Эриксон, приводит в своей работе Джей Хейли (Jay Haley, 1976). Супружеская пара испытывает разочарование от монотонности своих сексуальных отношений, однако не решается их прямо обсуждать. Психотерапевт придумал аналогию половому акту — совместный обед. «Как вы обедаете? Случается ли вам обедать вдвоем, получать удовольствие от еды?» — такие вопросы задает психотерапевт. Затем он побуждает обсудить такие аспекты еды, которые могут напоминать половую жизнь. Например, говорит: «Иногда жене нравится начинать обед с возбуждающих аппетит приправ, а затем медленно есть, а муж сразу накидывается на картошку с мясом», «Некоторые мужья хвалят своих жен за то, что все так красиво, а другие совсем не обращают на это внимания, и поэтому их жены совсем не стараются». Далее разговор переводится на какую-нибудь нейтральную тему, чтобы не испугать участников психотерапии, а затем касается и других аспектов обеда: «Некоторым нравится обедать с притушенным светом, при свечах, в то время как другие любят яркий свет, при котором можно увидеть все, что нравится». Под конец такого обсуждения психотерапевт должен дать супругам задание пообедать вместе. Они должны выбрать вечер, когда они могут остаться вдвоем, и вместе приготовить приятный обед; им необходимо с уважением отнестись к вкусам друг друга, и они должны говорить только о приятном, а не о дневных заботах. Жена должна постараться возбудить аппетит мужа, а он — обеспечить все, чтобы порадовать ее. Если обед проходит хорошо, то само переживание радости общения приведет супругов к половому акту. Стимул к изменению деятельности в данном случае действует на неосознаваемом уровне, а изменившееся поведение в дальнейшем приводит к осознанию супругами полученного опыта.

Парадоксальные задания. Психотерапевт дает такие инструкции, чтобы члены семьи воспротивились их исполнению и тем самым изменили свое поведение в нужном направлении. Применение этих техник оправданно в случаях выраженного сопротивления членов семьи терапевтическим изменениям. Задания даются всей семье как целому или же ее подсистемам. Инструкции всей семье требуют тщательной подготовки и контроля за их исполнением.

В качестве примера парадоксального задания супружеской подсистеме семьи приведем тот, который мы часто используем в своей практике. Супружеской паре, которая часто ссорится и неконструктивно решает конфликты, может быть дано задание: вернувшись домой, в определенные дни ссориться не менее трех часов. Рациональное объяснение, которое дает психотерапевт такому заданию, — это необходимость наблюдать и изучать друг друга во время ссоры. Цель задания — уменьшить количество ссор, так как люди не любят делать себя несчастными, когда им это кто-то приказывает.

Каждое задание психотерапевта должно быть выполнено, если нет каких-либо объективных причин, которые этому препятствуют. Если же задание не выполне-

но, необходимо проанализировать причины — для того чтобы члены семьи могли понять, что они несут за это ответственность и что они сами лишили себя возможности узнать о себе что-то новое и ценное.

Парадоксальные задания использовались нами и для прекращения психотерапии, когда появлялась уверенность, что способы функционирования семейной системы изменились и ее члены стали эффективно решать свои проблемы. Например, психотерапевт, до последнего времени игравший незаметную роль и налаживавший коммуникации между подсистемами, вдруг заявляет: «Никто из вас не знает вашу проблему так хорошо, как я, поэтому делайте так-то и так-то...». Такое поведение психотерапевта обычно вызывает у членов семьи протест, стремление сплотиться и перестать посещать врача, «так резко поглупевшего».

Другим примером парадоксального задания для облегчения завершения психотерапии может служить такое высказывание психотерапевта, обращенное к супругам: «Мне кажется, что в ближайшее время вы поссоритесь». После этого у супругов появляется стимул к усилению сплочения и к освобождению от влияния психотерапевта.

Успешному проведению семейной психотерапии в немалой степени способствует и директивная позиция психотерапевта: на всем протяжении работы с семьей он олицетворяет собой власть, которая используется им не только для инициирования изменений во взаимоотношениях, но и для оптимизации функционирования подсистем семейной группы, сохранившей свое фундаментальное значение, — супруги реализуют потребности во взаимности, родители воспитывают детей, дети социализируются и т. д. В этом основное отличие семейной психотерапии от групповой, в которой все участники могут претендовать на любые групповые роли, и поэтому не требуется столь явное управление процессом психотерапии.

Хейли эффективно использовал в своей практике прием молчания. Он молчал в тех ситуациях, когда пациент пытался контролировать психотерапевта или манипулировать им. Он также не отвечал на те реплики пациента, которые касались симптоматического поведения. Вот что он писал в 1963 г.: «Для меня молчание — это способ ответа на реплику пациента в тех случаях, когда тот обнаруживает симптоматическое или деструктивное поведение. Молчанием психотерапевт требует от пациента, чтобы он начал вести себя по-другому. Этот прием я применял как в индивидуальной, так и в семейной психотерапии. Разница заключалась лишь в том, что если прием молчания применялся на сессии семейной психотерапии, то другие члены семьи могли наблюдать и учиться новым приемам реагирования на провоцирующее поведение кого-либо из членов семьи».

Другая крупная фигура в школе Пало Алто — Мюррей Боуэн, который по праву считается одним из основоположников семейной психотерапии в США.

Когда он приглашал на сессию всех членов семьи, то поражался их эмоциональной вовлеченности, преобладанию эмоциональных реакций над логическими доводами, неспособности отделиться от конфликта. Такое явление М. Боуэн назвал «недифференцированной эго-маской».

К 1964 г. он разработал свой метод семейной психотерапии, который включал в себя четыре принципа.

1. *Определение и прояснение отношений*. Каждому из супругов предлагается обращаться прямо к психотерапевту, который выступает в роли транслятора. Такая позиция психотерапевта позволяет ему контролировать аффек-

тивную сторону общения, поддерживать спокойствие и быть объективным. Обычно к супругу, который молчит на сессии, никто не обращается, и вследствие этого он менее эмоционально реагирует и хуже понимает, что происходит. Психотерапевт приглашает участников сессии сосредоточиться на своих мыслях, а не на чувствах. После того как супруги достигнут прогресса в рациональном взаимопонимании, психотерапевт пригласит их обсудить свои переживания и чувства.

2. *«Невовлечение в треугольник»* (*keeping self detriangled*). Боуэн рекомендовал психотерапевтам не вовлекаться эмоционально в конфликты, сосредоточивать свое внимание на процессе отношений, а не на содержании. Очень важно не солидаризоваться ни с кем, не быть углом в треугольнике. Несколько позже Карл Витакер скажет: «Психотерапевт должен исполнять заповедь проститутки — не целоваться с клиентом в губы».

   М. Боуэн иллюстрирует эту мысль рисунком возникающего треугольника (рис. 29).

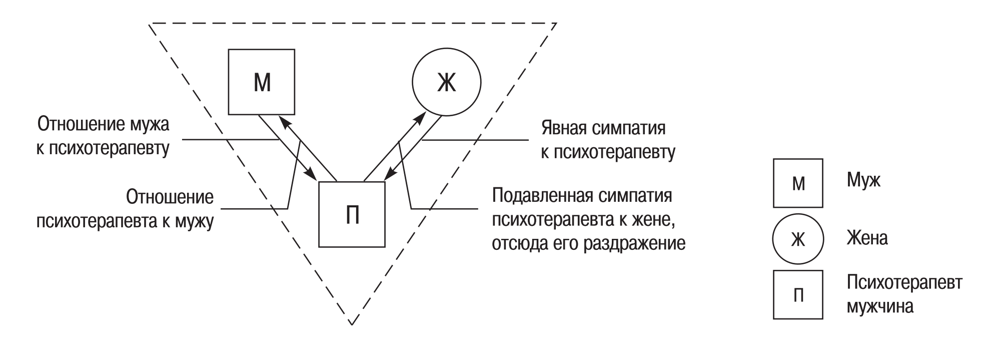


Рис. 29. Невовлечение психотерапевта в треугольник

Психотерапевт более эффективен, если отношения его с членами семьи на сессии принимают следующую конфигурацию (рис. 30).

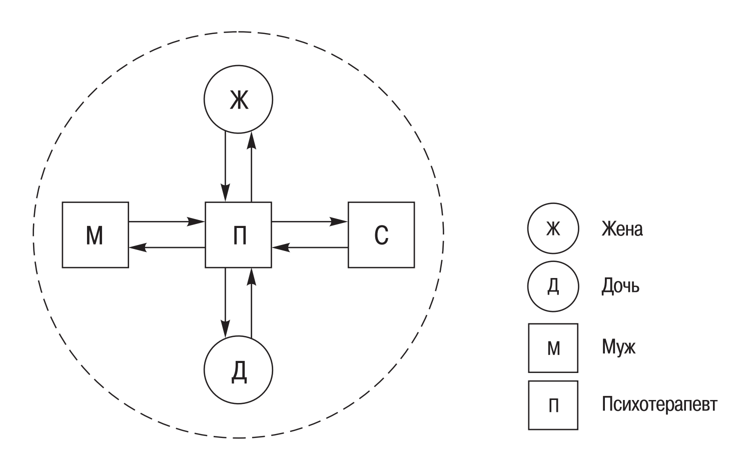


Рис. 30. Эффективные отношения психотерапевта с членами семьи

3. *Обучение супругов эффективному эмоциональному общению*. Принимающий, нейтральный и спокойный семейный психотерапевт создает такую атмосферу, в которой члены семьи перестают бояться, что он вступит в сговор с кем-то одним из них против других. С этого момента психотерапевт позволяет себе привлекать внимание членов семьи к эмоциональной стороне отношений: «Вы ревнуете?.. Вы очень раздражены... Вот, вы улыбнулись».
4. *«Занятие Я-позиции»* (*Taking «I» position stands*). Психотерапевт приветствует в членах семьи их самоуважение и то, что они в присутствии психотерапевта не забывают о себе и определяют свои отношения друг к другу. Благодаря этому члены семьи преодолевают «недифференцированность Я» в собственных дисфункциональных семьях.

Боуэн работал и с отдельными членами семьи, не преувеличивая роли собственно семейной психотерапии. Он придавал большое значение в подготовке семейных психотерапевтов работе с их собственными семейными проблемами.

Концепции «двойной связи» и специфических нарушений в семьях

В 1956 г. группа ученых из Пало Алто — Д. Джексон, Г. Бейтсон, Д. Хейли и Д. Викланд — опубликовали работу «По направлению к теории шизофрении», которая была посвящена концепции «двойной связи» (*double-bind*). Это было самое значительное из того, что сделали Г. Бейтсон и его коллеги. Исходное ее положение заключалось в том, что психотическое поведение пациента может быть не только и не столько следствием мозговой дисфункции, сколько результатом освоения способов общения с реальностью на основе искаженной коммуникации.

«Двойная связь» — вид искаженной коммуникации, когда индивид получает два противоречивых послания, причем ему трудно вскрыть их противоречивость, и реакция индивида предопределена.

Хороший пример «двойной связи» приводит Грегори Бейтсон (случай 33).

Условия возникновения «двойной связи»:

1) индивид находится в ситуации значимых отношений, например в системе «мать–ребенок»;
2) индивид вынужден реагировать;
3) индивид получает от значимого лица два взаимосвязанных, но противоречивых послания на разных уровнях;
4) полученные послания трудно обнаружить или прокомментировать.

Характеристики «двойной связи»:

1) «двойная связь» может возникнуть, если есть двое или больше лиц, связанных значимыми отношениями;
2) «двойная связь» носит повторяющийся характер;
3) «двойная связь» начинается с первичного негативного суждения типа «не делай этого, а то я тебя накажу»;
4) второе суждение конфликтует с первым, но на более абстрактном уровне. Оно тоже подкреплено наказанием или угрозой наказания; очень часто второе суждение является невербальным;

Случай 33

ПРИМЕР «ДВОЙНОЙ СВЯЗИ»

К молодому человеку, который выздоравливал в психиатрической больнице после приступа шизофрении, пришла его мать. Когда он обнял ее, она напряглась. Когда он отдернул руку, она спросила: «Ты меня больше не любишь?» В ответ он вспыхнул, тогда мать сказала: «Дорогой, нельзя так легко смущаться и бояться своих чувств». После обмена репликами пациент выглядел очень расстроенным, а потом напал на санитарку. В этом случае, по мнению Г. Бейтсона, есть все признаки «двойной связи». Мать была напугана близостью с сыном, но не смогла распознать свои эмоциональные импульсы. Внешне она вела себя как любящая мать.

В таких семьях обычно нет сильного, уверенного в себе мужчины, который мог бы сыграть роль все понимающего отца, способного поддержать ребенка.

5) имеется и третье негативное суждение, которое не дает возможности выйти из ситуации и требует ответа. Без этого существенного фактора жертва не чувствует себя связанной.

Авторы монографии предупреждают, что большинство примеров «двойной связи», которые приводятся на страницах руководств по семейной психотерапии, ошибочны.

Далее следует упомянуть Теодора Лидза из Йела. Он начал свою практику как психоаналитик, с 1941 г. изучал семьи больных шизофренией. Первая его публикация по материалам собственных исследований относится к 1949 г. Лидз ввел два понятия: «супружеский раскол» (*marital schizm*) и «супружеское смещение» (*marital skew*).

«Супружеский раскол» — это хроническая неспособность супругов приспособиться друг к другу, достигнуть ролевого соответствия. Значительно позже похожую ситуацию в семьях больных неврозами описала ленинградский психолог и психотерапевт Т. М. Мишина (1978) под названием «стиль супружеских отношений — “изоляция”».

«Супружеское смещение» связано с тем, что один супруг занимает зависимую, подчиненную позицию, а другой, лидирующий в паре, имеет серьезную психическую патологию. Здесь уместно упомянуть, что русский психиатр П. Б. Ганнушкин еще в 30-х гг. XX в. говорил на клинических разборах, что очень часто родители больных шизофренией представляют собой сочетание «стеник + астеник».

Известный специалист из США Лиман Уинн ввел термины «псевдовзаимность», «резиновый забор», «псевдовраждебность».

При *«псевдовзаимности»* члены семьи демонстрируют внешнюю солидарность, которая камуфлирует конфликты. По существу, здесь идет речь о варианте семейного мифа. Такую ситуацию Т. М. Мишина (1978) назвала «псевдосотрудничество». А. Х. Рихтер такую семью называл «семья-театр» (Richter H. E., 1976).

«Резиновый забор» — нечто, что препятствует содержательным контактам члена семьи с внесемейным окружением. Подросток хочет пойти в школу, но некий невидимый барьер мешает ему, тянет назад в семью. Подросток рвется в группу ровесников, но «забор» отбрасывает его назад.

«Псевдовраждебность» характеризуется наличием у больного шизофренией внутренней враждебности, которая не проявляется вовне. В основе этого явления лежит бессознательная операция по спасению Эго. Известно, что дети иденти-

фицируют себя с родителями, интернализируют стандарты их Эго и Супер-Эго, а также включают внутрь своей системы структуру семейных отношений. По мнению Л. Уинна, интеллектуальный хаос, характерный для больных шизофренией, вырастает из интернализации хаоса отношений в семье. Интернализация конфликта родителей приводит к формированию внутриличностного конфликта — вражде одних компонентов личности с другими. Правда, на наш взгляд, непонятно, что мешает внутренней враждебности проявиться вовне: известно агрессивное отношение к окружающим некоторых больных шизофренией.

Психоаналитическая (психодинамическая) семейная психотерапия

Это направление в семейной психотерапии оказало большое влияние на развитие семейной психотерапии во всем мире.

Флюгель (Flugel, 1921) при работе с пациентом фокусировал свое внимание на интрапсихических процессах и их связи с семейным окружением, но психотерапия была индивидуальной. С 30-х до 50-х гг. XX в. все больше психоаналитиков занимались исследованием семей: Э. Эриксон писал о социологических аспектах Эго-психологии; Э. Фромм стал известен своими работами в области культурпсихоанализа; Г. Салливан разработал теорию межперсональных отношений, где основное внимание уделялось роли матери и тому факту, что ее страхи и неуверенность передаются ребенку.

Генри Дикс (Dicks H., 1967) работал в Тавистоке с семьями психически больных с 40-х гг. XX в., а публиковать результаты своей работы начал в 60-х гг. Он использовал теорию объектных отношений для понимания супружеских конфликтов.

Натан Аккерман (Ackerman N. W., 1958) — крупная фигура в психоаналитической семейной психотерапии — одним из первых стал применять бригадный подход в работе с семьями: сам Аккерман работал с ребенком, а социальный работник — с матерью. Аккерман понимал, в отличие от З. Фрейда, что семья меняется вследствие ее многочисленных связей с внесемейным окружением.

Теоретическое обоснование психоаналитической (психодинамической) семейной психотерапии. Теория объектных отношений признается в качестве одной из основных теорий, связавших между собой психоанализ и семейную психотерапию.

Мелани Кляйн акцентировала роль фантазий ребенка, которые, по ее мнению, существуют у него еще до первой встречи с объектом и организуют его восприятие: «Младенец никогда не воспринимает реальные предметы объективно, всегда фантазия воздействует на его восприятие» (Klein M., 1948).

Вместо фаз психосексуального развития, которые выделяли З. Фрейд и А. Фрейд, она выделяла две фазы (позиции): параноидно-шизоидную и депрессивную. По ее мнению, младенец воспринимает объект фрагментарно: если он чувствует, что сосок материнской груди сухой, а выражение лица злое, то у него появляются страхи. Так вкратце можно объяснить то, что происходит на параноидно-шизоидной позиции.

Депрессивная позиция, которая формируется начиная с 6-го месяца жизни, включает в себя переживания ребенка, чувствующего свою вину за тот вред, который он нечаянно может причинить матери. На 2-м году жизни появляются переживания, сходные с теми, которые описывала А. Фрейд, характеризуя эдипову фазу.

Следует упомянуть о том, что современные детские психоаналитики, придерживающиеся концепции психического развития детей А. Фрейд (Роуз Эчкамб, Тэсса Барродон, Пэт Редфорд и др.), считают, что чувство вины появляется в возрасте 5–6 лет.

Согласно М. Кляйн, человек на протяжении всей своей жизни может находиться либо на параноидно-шизоидной позиции, либо на депрессивной. Последнюю она считала более здоровой. Те личности, которые задержались в своем развитии на параноидно-шизоидной позиции, в меньшей степени интересуются своим окружением, другими людьми. Те же, которые задержались на депрессивной позиции, более отзывчивы, имеют склонность к внутренним переживаниям.

Маргарет Малер предложила свою периодизацию психического развития детей, в которой уделяла особое внимание двум фазам — аутической и симбиотической.

Находясь на аутической фазе (0–1 месяц), ребенок сосредоточен на своем теле и чувствах.

На симбиотической фазе (2–6 месяцев) мать помогает ребенку ослабить его внутреннюю напряженность — кормит, держит, пеленает, улыбается. Чем больше заботы о ребенке проявляет мать в этот период жизни, тем выше будет в дальнейшем его самооценка. Затем начинается процесс отделения ребенка от матери. Если он проходит удовлетворительно, то наступает успешная индивидуализация, в которой возникает хорошо дифференцированная интериоризованная организация «Я» (Mahler M., 1975). Если ребенок не достиг сепарации и индивидуализации, то в результате сохранится интенсивная эмоциональная привязанность и зависимость от родителей, затрудняющие эффективность функционирования в социуме.

Позиция М. Малер близка позиции Г. Салливана, считавшего, что то, как индивид приспосабливается в межличностной ситуации, более важно, чем то, как индивид проявляет свои инстинктивные импульсы. В любых отношениях с другими индивид воспроизводит паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, которые были заложены в детстве.

Ранние взаимоотношения ребенка и матери оказывают решающее значение на формирование системы Эго и на динамизм Эго. Развитие этих отношений ведет к трем типам персонификации:

1) если мать тепла и щедро кормит, то ребенок хорошо коммуницирует и возникает «хорошее Эго»;
2) если мать отвергает потребность ребенка в нежности и уходе, то возникает «плохое Эго»;
3) если ребенка подвергнуть крайней фрустрации, возникает «отрицание Эго», ненависть к самому себе.

Все это становится каркасом реакций личности, которые фрустрируют будущие отношения с другими людьми.

Объяснение поведенческих расстройств с точки зрения семейной психоаналитической терапии

Специалисты-психоаналитики, занявшись семейной психотерапией, перенесли внимание с инстинктов на объектные отношения, младенческую зависимость и неполное развитие Эго. Эти проблемы стали признаваться более важными, чем проблемы Эдипова комплекса и вытесненные инстинкты.

Глубинной причиной возникновения психического заболевания стал считаться страх объектных отношений, который может появиться в раннем детстве. Проблемы первых месяцев жизни, когда только начинаются отношения родителей с детьми, — и особенно проблема нарушения восприятия, — лежат в основе психопатологии. В 1905 г. З. Фрейд описал явление, получившее название «перенос», когда пациентка Дора переместила свои чувства к отцу и к другу семьи на З. Фрейда. Это произошло в тот момент, когда она, приближаясь к успешному завершению лечения, резко прервала его.

Другие исследователи наблюдали сходные феномены и называли их другими терминами: «формирование роли “козла отпущения” (Vogel, Bell J. E., 1960); «оперирование диссоциациями» — *trading dissociations* (Wyne L., 1965); «слияние» — *merging* (Borszomenyi — Nagy J., 1967); «приписывание иррациональных ролей» (Framo J. Z., 1970); «симбиоз» (Mahler M., 1952); «семейный проективный процесс» (Bowen M., 1965). На самом деле все это были разновидности положений теории М. Кляйн (1946) о проективной идентификации.

Проективная идентификация — это процесс, когда субъект воспринимает другого человека, как бы наделяя его элементами собственной личности, и побуждает его к поведению и чувствам, подтверждающим такое восприятие.

Цели психоаналитической семейной психотерапии — изменить личности участников психотерапии таким образом, чтобы они были в состоянии взаимодействовать как целостные здоровые личности на базе нынешней реальности, а не на базе неосознаваемых образов прошлого, т. е. научиться различать паттерны эмоционально-поведенческого реагирования, обслуживающие потребности членов семьи в ситуации «здесь и сейчас» от паттернов, возникших в глубоком детстве.

Техники психоаналитической семейной психотерапии: в классическом психоанализе для терапевтических изменений используются конфронтация, кларификация, интерпретация и переработка опыта (Greenson R. R., 1967). Среди этих техник важнейшей является интерпретация. Эти же техники применялись и при семейной психотерапии, но кроме них к работе с семьями подключались и другие, отнюдь не психоаналитические техники, например техники улучшения коммуникативных способностей.

Натан Аккерман рекомендовал, чтобы на первую сессию приходили все члены семьи, а затем психотерапевту предстояло встречаться с каждым по отдельности. В настоящее время считается, что допустима любая комбинация — работа со всеми членами семьи, работа с членами семьи по отдельности, работа с супружеской парой и т. д. Широко используется техника «свободных ассоциаций», в которых проявляются паттерны семейных взаимодействий. Психоаналитики предпочитают наблюдать и слушать, резко останавливая пустое обсуждение вопросами.

Несмотря на сходство многих техник, применяемых в психоанализе и семейной психоаналитической психотерапии, выделяют и различия.

1. Психоаналитически-ориентированные психотерапевты менее директивны, чем представители других школ. Психотерапевты школы стратегической семейной психотерапии склонны задавать направленные вопросы о поступках, связанных с симптомами. Представители школы семейной структурной психотерапии побуждают членов семьи вступать в расширенные диалоги. Психоаналитически-ориентированные психотерапевты предпочитают просто слушать.
2. Наличие различий между интерпретацией и манипуляцией. Интерпретация содержит контекстуальное восстановление разрозненных высказываний пациента с целью соприкосновения его с сущностью переживаний. Манипуляция является для психотерапевта способом подтолкнуть пациента в неизвестном ему (но известном психотерапевту) направлении. Многие психоаналитики считают, что интерпретация является в чистом виде техникой психоанализа, а то, чем пользуются директивные семейные психотерапевты системного направления, является манипуляцией.

Данных об эффективности семейной психоаналитической психотерапии практически нет, так как приверженцы этой школы возражают против того, что результаты могут быть измерены, — они опираются на эмпирические стандарты. С одной стороны, это правильно, потому что неправомерно соотносить конкретные случаи со средними данными о норме и патологии (например, о редукции симптомов). С другой стороны, эта позиция ставит психоанализ и сопряженную с ним семейную психоаналитическую психотерапию вне рамок науки, основанной на измерениях.

Попутно мы можем высказать и свое отношение к сложившейся дилемме.

На проходившем 10–12 марта 1998 г. международном симпозиуме на тему «Современные тенденции в когнитивно-поведенческой психотерапии: теория и практика» поведенческий психотерапевт профессор Х. Кассинов (США) высказался однозначно: «В науке нет понятия “душа”. Поведение человека определяется двумя факторами — биологией и влиянием среды. Другого не дано». Далее им и его коллегами была дана критика психоанализа как направления психотерапии, пользующегося неоперациональными категориями, что, по их мнению, ставит психоанализ вне рамок науки. Но в таком случае наука как способ познания вступает в противоречие с другими способами познания — религией, философией, искусством и литературой, для которых душа — данность. Психоанализ занял свое место в науках о человеке не как одна из научных школ, а как значительное более важное явление — как мировоззрение. Душа не изгоняется ни из психоанализа, ни из аналитической психотерапии, ни из гуманистической психотерапии. Одним из проявлений души является вера. Душа проявляет себя верой, а вера является подтверждением существования души. Неверие, атеизм, сектантство и суеверие — это все то, что относится к вере. Вера играет важную роль в психотерапии, хотя научное ее объяснение в настоящее время затруднено.

Науки без измерений действительно не бывает, но в процессе научного эксперимента разделить, где находятся факты, а где артефакты, обусловленные бессознательными установками исследователя, бывает очень и очень трудно. Многое в науке принимается на веру («Хочу — верю этой концепции, не хочу — не верю!»). Очень часто основой для выдвижения концепций является здравый смысл, т. е.

совокупность рациональных и иррациональных убеждений исследователя. В таком случае измерения в научном эксперименте приобретают сходство с шаманскими ритуалами.

Семейная системная психотерапия

Теоретические положения

Сторонники расширенного понимания содержания семейной психотерапии считают, что любое индивидуальное психотерапевтическое воздействие на членов семьи, преследующее цель позитивного влияния на семью в целом, следует рассматривать как один из вариантов семейной психотерапии (Bach O., Scholz M., 1980; Kratochvil S., 1985, 1991). Это допущение оказывается справедливым, если психотерапевт, выслушивая пациента и выдвигая гипотезу о семейном диагнозе, мыслит в категориях целостной семейной структуры и, «следовательно, предварительно оценивает, как то или иное воздействие отразится на семейных взаимоотношениях в целом» (Столин В. В., 1981).

Кроме того, смысл принципа системности проясняется в свете идеи о «круговой причинности» (т. е. взаимной детерминированности личности и межличностных отношений) в семье, согласно которой стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл (Andolfi M., 1980). Семейная психотерапия является попыткой разрушения этого цикла и создания конструктивных вариантов семейного функционирования.

В настоящее время системное направление принято считать одним из наиболее широко представленных, перспективных, экономически целесообразных и терапевтически эффективных направлений семейной психотерапии.

Крупнейшие представители семейной системной психотерапии — Мара Сельвини-Палаццоли, Луиджи Босколо, Джан-Франко Чеккин, Джей Хейли, Клу Маданес, Сальвадор Минухин, Хана Вайнер, Аллан Куклин, Джил-Горел Барнс и др.

Значительное влияние на развитие этого направления семейной психотерапии оказали положения общей теории систем (Пригожин И., 1991) (см. главу 2, раздел «Нарушение механизмов интеграции семьи»).

В психотерапии первой половины XX в. господствовали механистические редукционистские теории типа «стимул–реакция», а также психоаналитические теории о человеке как о «герое-одиночке»: психическая патология рассматривалась как следствие неразрешенных интрапсихических проблем, поведение индивида — как реакция на внутренние и внешние обстоятельства, семья с нарушением — как собрание индивидов с нарушениями.

Многие семейные психотерапевты чувствовали ограниченность такого подхода. Одним из первых, кто проявил интерес к теории систем, был Мюррей Боуэн (1966). Несколько позже Сальвадор Минухин предложил парадигму «человек в обстоятельствах», подразумевая под этим не воздействие человека на обстоятельства, а воздействие обстоятельств на человека.

В СССР значительно ранее этих ученых писал об этом В. Н. Мясищев (Мясищев В. Н., 1935), который, по нашему мнению, является крупной фигурой, пред-

определившей развитие «патогенетической психотерапии» (личностно-ориентированной психотерапии Б. Д. Карвасарского, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыкова) и семейной психотерапии (в том числе и системной — в СССР и России[1]).

В современной психоневрологии заметное место заняла теория полифакторной этиологии невротических и соматоформных расстройств (МКБ-10), в которой психологическому фактору отводится ведущая роль.

В наибольшей степени содержание психологического фактора раскрыто в патогенетической концепции неврозов и «психологии отношений», разработанных В. Н. Мясищевым (1960), согласно которой психологическим ядром личности является индивидуально-целостная и организованная система субъективно оценочных, активных, сознательных, избирательных отношений с окружающей средой.

В. Н. Мясищев видел в неврозе глубокое личностное расстройство вследствие нарушений системы отношений личности. При этом «отношение» рассматривалось им как центральный системообразующий фактор среди многих психических свойств. «Источником невроза и физиологически, и психологически, — считал он, — являются трудности или нарушения во взаимоотношениях человека с другими людьми, с социальной действительностью и с задачами, которые перед ним ставятся этой действительностью» (В. Н. Мясищев, 1960).

Какое место в истории занимает концепция «психологии отношений»? Эта концепция развивалась в условиях тоталитарного общества. В то время как вожди и идеологи СССР, опираясь на положения учения К. Маркса, сознательно или неосознанно создавали условия и обоснование для порабощения граждан своей страны, В. Н. Мясищев, унаследовав научный методологический потенциал своих учителей — В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского и своего коллеги М. Я. Басова, обратился к тому живому, что было в философии К. Маркса, — к тезису К. Маркса о том, что «сущность человека есть совокупность общественных отношений». По мнению Л. М. Вассермана и В. А. Журавля (1994), это обстоятельство помогло В. Н. Мясищеву возвратить в научный обиход теоретические построения А. Ф. Лазурского и известного российского философа С. Л. Франка об отношениях личности к себе и к окружающей среде.

Если понятие «отношение» для И. Ф. Гарбарта, Г. Гефтинга и В. Вундта подразумевало «связь», зависимость между частями внутри целого — «психики», то для В. М. Бехтерева понятие «отношение» («соотношение») означало не столько целостность, сколько активность, т. е. способность психики не только отражать среду, но и преобразовывать ее.

Для А. Ф. Лазурского понятие «отношение» имело три значения:

1) на уровне эндопсихики — взаимная связь сущностных единиц психики;
2) на уровне экзопсихики — феномены, появляющиеся в результате взаимодействия психики и среды;
3) взаимодействие эндо- и экзопсихики.

М. Я. Басов — до последнего времени почти неизвестный широкому кругу психиатрической общественности ученик В. М. Бехтерева и коллега В. Н. Мясищева — стремился создать «новую психологию» на основе того подхода, который позже получил название системного. Он считал «расчленение единого реального

[1] См.: Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998. С. 231.

процесса жизни на две несоединимые половины — физическую и психическую — одной из самых удивительных и роковых иллюзий человечества». Отношения организма/личности и среды взаимны, причем среда представляет собой объективную реальность в ее отношении к организму/личности.

Схематически это может выглядеть так (рис. 31).

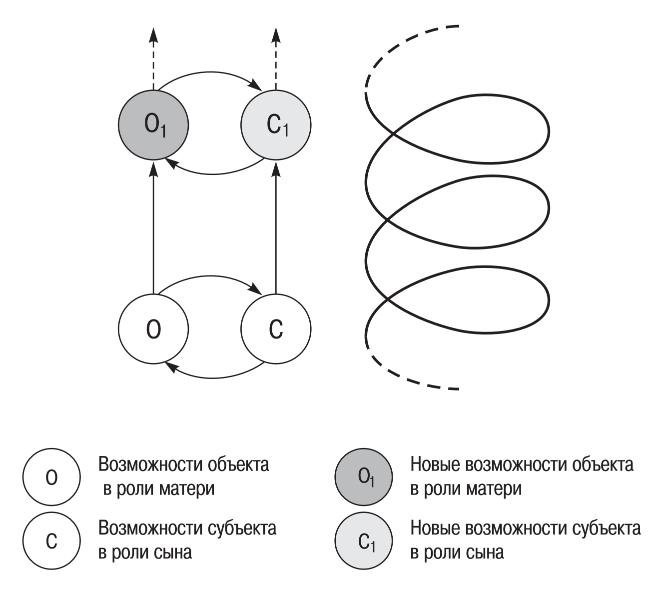


Рис. 31. Взаимодействие субъекта и объекта.

В своем учении В. Н. Мясищев не только интегрировал идеи В. М. Бехтерева, А. Ф. Лазурского и М. Я. Басова, но и выдвинул свои собственные. Он выделял уровни (стороны) отношений, которые формируются в онтогенезе:

1) к другим лицам в направлении от формирования отношения к ближнему (мать, отец) к формированию отношения к дальнему;
2) к миру предметов и явлений;
3) к себе.

Отношение человека к самому себе, по Б. Г. Ананьеву (1968, 1980), является наиболее поздним образованием, но именно оно обеспечивает целостность системы отношений личности. Отношения личности, объединенные между собой через отношение к себе, образуют иерархическую систему, которая играет направляющую роль, определяя социальное функционирование человека.

В структуре отношений выделяют три компонента (Карвасарский Б. Д., 1980): когнитивный, эмоциональный и поведенческий. В норме человек на когнитивном уровне знает нечто об объекте, на эмоциональном — переживает соответствующую знанию эмоцию, на поведенческом — строит поведение/реакцию, соответствующие знанию и эмоции. В патологии компоненты отношений, как правило, не согласованы. Отсюда невротическое расстройство (в понимании школы В. Н. Мясищева) — психогенное заболевание, в котором определенная констел-

ляция симптомов (синдром, или форма) обусловлена определенными типами психологического конфликта, нарушениями в системе отношений личности и несогласованностью компонентов этих отношений. Расстройство системы отношений, приводящее к неврозу, — это нарушение целостности системы отношений (их иерархической структуры); наличие противоречивых отношений, одинаково значимых для личности; нарушение связи между блоками отношений; и качественное или количественное изменение таких характеристик отдельных отношений, как активность, избирательность, сознательность (что приводит к неадекватности отношений к объекту). Все это является источником невротических конфликтов и нервно-психического напряжения, которое до известной степени контролируется с помощью механизмов психологической защиты и канализируется с помощью формирования симптомов. Основное значение при невротической декомпенсации приобретает нарушение отношения к себе, проявляющееся в пониженной и противоречивой самооценке на всех этапах онтогенеза личности (Исурина Г. Л., 1984; Эйдемиллер Э. Г., 1994).

В патогенетической концепции неврозов предложена типология невротических конфликтов с учетом личностных механизмов их развития — концепции личностных профилей в форме личностных радикалов у детей и акцентуаций личности у подростков и взрослых (Леонгард К., 1981; Гарбузов Б. И., 1977; Эйдемиллер Э. Г., 1994). Концепцию и типологию акцентуаций личности как внутренних условий формирования невротических расстройств мы рассматриваем в главе 2 этой книги.

В. Н. Мясищев предложил разделить невротические конфликты на три типа: истерический, неврастенический и обсессивно-психастенический. Истерический конфликт — это бессознательное неразрешимое противоречие между «хочу» (завышенный уровень претензий) и «могу» (недооценка своих возможностей и реальной ситуации). Неврастенический конфликт характеризуется, напротив, повышенными требованиями к себе, превышающими реальные возможности личности (конфликт между «должен» и «могу»). Обсессивно-психастенический — связан с невозможностью сделать выбор между актуализирующимися влечениями и нормативными установками (конфликт между «должен» и «хочу»).

В настоящее время при отмечаемом клиническом патоморфозе неврозов (Абабков В. А., 1994) невротические конфликты в чистом виде не встречаются, и исследователи говорят о многомерном невротическом конфликте (Карвасарский Б. Д., 1990).

Исходя из перечисленных положений, непременным условием восстановления нарушенных отношений при проведении «патогенетической» или личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии является осознание внутренних противоречий и вербализация эмоционального компонента отношений, обучение клиента тестированию реальности, включая импульсы и ощущения в собственном теле, пониманию окружающей действительности и собственных целей.

Подытоживая сказанное, можно констатировать взаимосвязь и взаимное обусловливание внешней и внутренней (по отношению к личности) систем отношений, благодаря которым и создаются импульсы, содержание и формы развития личности/организма.

Вслед за В. М. Бехтеревым В. Н. Мясищев уделял большое внимание изучению детства, формированию психики на разных этапах онтогенеза, влиянию

и взаимодействию социума и микросоциума при формировании системы отношений личности в норме и патологии. В. Н. Мясищев первым в СССР и России обнаружил, что в происхождении неврозов ведущую роль играли супружеские и семейные конфликты (у 80% обследованных пациентов с неврозами).

В конце 60-х — начале 70-х гг. XX в. создались наиболее благоприятные условия для развития семейной психотерапии в СССР и России — как на теоретическом и методологическом, так и на организационном и практическом уровнях (Мягер В. К., Захаров А. И., Мишина Т. М., Спиваковская А. С., Эйдемиллер Э. Г.). Развитие и эволюция семейной психотерапии в России, ее парадигм и методов аналогичны развитию семейного подхода в США, Великобритании, ФРГ и других странах. Вначале это были психоаналитические, психодинамически-ориентированные модели семейной психотерапии, методы директивного консультирования, затем им на смену пришли системная и эклектическая модели.

В настоящее время «психология отношений» продолжает развиваться в России и способствует развитию концепции личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии (Карвасарский Б. Д., 1985), семейной психотерапии, психологии деятельности (Леонтьев А. Н., 1977; Леонтьев Д. А., 1994), психологии общения (Бодалев А. А., 1983). «Психология отношений» явилась отправным пунктом психотерапевтических исследований личности в Польше (Ледер С., 1990), ФРГ (Лаутербах В., 1995) и других странах.

Современные психоаналитики отмечают значительное сходство концепции В. Н. Мясищева с концепциями З. Фрейда, А. Фрейд, З. Фоукса. Но наиболее сильная сторона учения В. Н. Мясищева — это понимание личности как целостной биопсихосоциальной структуры, где социальный, психологический и биологический компоненты тесно взаимосвязаны, что обусловливает необходимость воздействия на все три компонента.

В семейной системной психотерапии семья рассматривается как целостная система, которая, как и все живые системы, стремится как к сохранению сложившихся связей между элементами, так и к их эволюции. Перефразируя положения классической термодинамики и системного подхода, можно утверждать, что семья как живая система обменивается информацией и энергией с внешней средой (Пригожин И., 1991; Minuchin S., 1974; Minuchin S., Fishman H. C., 1981). В такой системе колебания (как внутренние, так и внешние) помогают обрести новый уровень сложности и дифференцированности, обычно сопровождаясь реакцией, возвращающей систему в ее устойчивое состояние. Когда колебания усиливаются, может наступить кризисное состояние, трансформация которого приведет систему на новый уровень функционирования. Вследствие этого перед психотерапевтом встает задача присоединиться к семье, уловить ее колебания, затем совместно с семьей усилить их для того, чтобы дать импульс к изменениям и вызвать с терапевтической целью фрустрацию.

На всем протяжении своего существования семья проходит через закономерные «кризисы развития» (Caplan G., 1964, цит. по: Семичев С. Б., 1972): вступление в брак, отделение от родительских семей, беременность жены, рождение ребенка, поступление ребенка в дошкольные и школьные учреждения, подростковый период в жизни ребенка, окончание им школы и выбор «своего пути», разрыв ребенка с родителями, их уход на пенсию и т. д. Именно на этих отрезках своего существования семьи оказываются неспособными разрешать новые проблемы

прежними способами и поэтому встают перед необходимостью усложнять свои приспособительные реакции.

Семьи выполняют свои функции с помощью определенных механизмов: структуры семейных ролей, семейных подсистем и границ между ними. Структура семейных ролей предписывает членам семьи — что, как, когда и в какой последовательности они должны делать, вступая в отношения друг с другом. Повторяющиеся взаимодействия устанавливают определенные стандарты («стандарты взаимодействий» по Минухин С., 1974), а стандарты, в свою очередь, определяют, с кем и как вступать во взаимодействие. В нормальных семьях структура семейных ролей целостная, динамичная и носит альтернативный характер. Если потребности членов семьи в рамках сложившейся структуры не могут быть удовлетворены, то предпринимаются усилия для поиска альтернативных вариантов выполнения семейных ролей. По нашим данным, в 66% семей подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами отмечены либо структура жестко фиксированных патологизирующих семейных ролей, либо изначальное отсутствие структуры как таковой. Под патологизирующими семейными ролями мы понимаем такие, которые в силу своей структуры и содержания оказывают психотравмирующее воздействие на членов семьи (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990).

Семейные подсистемы («холоны») (Minuchin S., Fishman C., 1981) — это более дифференцированная совокупность семейных ролей, которая позволяет избирательно исполнять определенные семейные функции, обеспечивать жизнедеятельность семьи. Один из членов семьи может быть участником нескольких подсистем — родительской, супружеской, детской, мужской, женской и др. Одновременное функционирование в нескольких подсистемах обычно малоэффективно. Когда мать ругает сына за плохую оценку, полученную в школе, и при этом замечает: «Это потому, что твой отец — рохля, он не хочет показать, что такое настоящий мужчина», она неосознанно начинает функционировать сразу в двух подсистемах — родительской и супружеской. Такое поведение приводит к тому, что ни сын, ни муж не воспринимают критику в свой адрес, но предпринимают меры, иногда сообща, чтобы защититься от нее.

Границы между подсистемами — это правила, которые определяют, кто и каким образом выполняет семейные функции. В нормальных семьях они ясно очерчены и проницаемы. В обследованных нами семьях наблюдались либо жесткие, либо размытые границы между подсистемами. В случаях жестких границ коммуникации между подсистемами резко ограничены, не происходит обмена информацией. При размытых границах стрессы, переживаемые в одних подсистемах, легко распространяются на другие.

Основными принципами Миланского института семейных исследований, основанного в 1967 г. Марой Сельвини-Палаццоли, являются:

1) выдвижение терапевтических гипотез;
2) принцип циркулярности;
3) нейтральность;
4) позитивное истолкование симптомов или проблем клиента и его семьи (Selvini-Palazzoli M. et al., 1978).

До первой семейной сессии психотерапевты, входящие в терапевтическую команду, выслушав членов семьи, выдвигают ряд гипотез о парадоксальности

взаимоотношений в семье, приводящих к формированию у одного из ее членов симптомов болезни (в нашем понимании это — «дисфункциональность семьи») (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990).

Циркулярность понимается как в этиопатогенетическом смысле (см. «принципы круговой причинности» Марио Андольфи, 1980), так и в практическом, когда участников психотерапии опрашивают по кругу. Если участник, к примеру, говорит: «Когда моя мать хмурится, у меня падает настроение», — то психотерапевт спрашивает у других членов семьи: «А что вы чувствуете, когда мать хмурится? А вы сами, мама?»

Психотерапевт сохраняет принимающую, нейтральную позицию по отношению ко всем членам семьи.

Наконец, симптоматика пациента рассматривается как способ адаптации, поэтому задачей психотерапии становится поиск других путей адаптации для пациента.

Исходя из этих принципов, можно сформулировать основные шаги семейной системной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., 1994):

I. *Объединение психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой семьей структуре ролей.*
   1. Установление конструктивной дистанции — свободное расположение членов семьи.
   2. Присоединение через синхронизацию дыхания к тому члену семьи, который заявляет проблемы.
   3. Приемы «мимезиса» (Minuchin S., 1974) — прямое и непрямое отражение поз, мимики и жестов участников психотерапии.
   4. Присоединение по просодическим характеристикам речи к заявителю проблемы, идентифицированному пациенту (скорость, громкость, интонации речи).
   5. Использование психотерапевтом в своей речи предикатов, отражающих доминирующую репрезентативную систему заявителя проблемы и других членов семьи.
   6. Сохранение семейного статус-кво, т. е. той структуры семейных ролей, которую семья демонстрирует психотерапевту. Лидер (он же инициатор обращения и заявитель проблемы) может быть явным, а может прикрываться молчанием и невербально давать знать кому-то из членов семьи, чтобы тот играл роль «транслятора» — говорил от имени семьи. В каждом из этих случаев психотерапевт, осуществляя присоединение, сохраняет предъявляемую структуру ролей вплоть до завершения присоединения.

II. *Формулирование психотерапевтического запроса.*
   1. Инициатор обращения предъявляет, как правило, манипулятивный запрос, который психотерапевтом сводится к следующему: «Мой ребенок имеет симптом. Он плохо учится. Он непослушный. Сделайте так, чтобы он был другим». Такое формулирование позволяет инициатору обращения дистанцироваться от бессознательного или осознаваемого чувства вины, снять с себя ответственность за происходящее в семье и перенести ее на ребенка и психотерапевта.

2. Приемы метамоделирования и психотерапевтические метафоры позволяют перевести запрос с поверхностного манипулятивного уровня на уровень осознания матерью и отцом своей неэффективности в роли родителей.
3. Это дает им возможность перейти к постепенному осознанию своей неэффективности как супругов.
4. Параллельно с формулированием запроса психотерапевт исследует ресурсные состояния семьи как системы и отдельных ее членов. «Был ли в вашей жизни момент, когда вы вместе чувствовали себя комфортно? Как вы этого добивались?»

   Таким образом, нами разработана технология формулирования терапевтического запроса, в которой мы выделили три этапа: *XR>YR>ZR*, где *X* — уровень манипулятивного запроса, *Y* — уровень осознания своей неэффективности в роли родителей, *Z* — уровень осознания своей неэффективности в роли супругов, *R* — ресурсные состояния семьи как системы и отдельных ее членов. На этапе формулирования терапевтического запроса важно исследовать цели, поставленные перед каждым членом семьи в ходе психотерапии, переведя психотерапевтическую работу из плоскости изучения прошлого в плоскость «здесь и сейчас». Экскурсы в прошлое осуществляются лишь для поиска ресурсных состояний членов семьи. Формулирование целей каждого члена семьи приводит к формулированию цели семьи как единого психологического организма.
5. Выявление простых селективных когнитивных сценариев осуществляется с помощью разработанной нами диагностической и психотерапевтической процедуры «Наивная семейная психология» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990), которая применяется с целью усложнения когнитивных сценариев членов семьи, для придания им динамичного и альтернативного характера (приложение 4).

III. *Реконструкция семейных отношений.*

1. Работа психотерапевта способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и связанному с этим ослаблению функционирования других. Если ранее супруги большую часть времени занимались неосознанным смешением родительского и супружеского контекстов, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством и, с другой, к появлению проблем или симптомов у ребенка, в процессе психотерапии разделение супружеского и родительского контекстов способствует повышению их эффективности и компетентности и как супругов, и как родителей. Прародители учатся распознавать границы своей подсистемы, качество ее функционирования и мотивы, по которым они несогласованно пересекали внутренние границы.
2. На всем протяжении семейной психотерапии используются те же приемы, которые применялись и в разработанной нами модели групповой психотерапии:
   - сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта;
   - использование двухуровневой обратной связи;
   - психоскульптурирование, семейная психодрама.

IV. *Завершение психотерапии и отсоединение.*
1. О завершении психотерапии свидетельствует достижение сформулированных целей.
2. Соблюдение оговоренного временного контекста. После этапа присоединения, на который уходит, как правило, 1–2 сеанса продолжительностью по 2 часа, участники психотерапии оговаривают сроки, необходимые для достижения терапевтических изменений. Минимальное время для реконструкции семейных отношений составляет 6 часов, 3 сессии (241 семья, 73%). Максимальное время семейной психотерапии — 16 часов, 8 сессий (15 семей, 27%).
3. Экологическая проверка — создание членами семьи образа своего будущего. На последнем занятии в ряде случаев членам семьи предлагается представить себя в будущем: как они будут взаимодействовать, как это у них получится, что не получится. Обсуждение этой работы позволяет определить наиболее эффективные пути использования ресурсных состояний. Наш опыт показал высокую эффективность разработанной нами невербальной процедуры «Совместное рисование семейного счастья».

Стенограммы двух сеансов семейной психотерапии друга и коллеги Сальвадора Минухина Бролио Монтальво

В качестве иллюстрации основных положений семейной системной (структурной) психотерапии приведем начальное интервью, которое проводил с семьей Горден последователь Сальвадора Минухина Бролио Монтальво[1].

Начальный сеанс обладает уникальными характеристиками встречи между двумя чуждыми друг другу социальными группами. Поэтому поначалу он принимает форму общественного собрания. Могут иметь место колебания, попытки и поиск нужного уровня контакта. Главная задача психотерапевта — создать не только психотерапевтическую общность, но и карту структуры семьи, расширить свой взгляд (если предъявленной проблемой был конкретный член семьи) и, самое главное, создать хотя бы временный психотерапевтический контракт. В начале сеанса психотерапевт должен выполнять роль хозяина, принимающего семью. Кроме того, он должен стараться вступить в контакт со всеми членами семьи.

Таким образом, начальный сеанс можно условно разделить на три этапа. На первом этапе психотерапевт выполняет правила этикета. На втором он спрашивает у каждого члена семьи, что тот думает о семейных проблемах. На третьем он исследует структуру семьи, помогая ей разыграть свою семейную драму. Разумеется, эти этапы могут варьироваться и изменяться опытным семейным психотерапевтом.

Во многих отношениях начальный сеанс является концентрированным отражением того, что произойдет с семьей в ходе лечения. Необходимо исследовать стрессовые точки — те точки семейной системы, на которые оказывает воздействие стресс. Однако психотерапевт должен представлять себе, какой уровень стресса семья может перенести. Когда члены семьи начинают чувствовать себя

[1] Авторы выражают благодарность Е. Начинкину за помощь в переводе.

слишком неуютно, психотерапевт должен отступить, часто с использованием поддерживающих вмешательств, на тот уровень, на котором семья чувствует себя уютно. Психотерапевт должен занять положение лидера и его удерживать. Наконец, все психотерапевтические вмешательства необходимо проводить с ясным пониманием первого правила психотерапевтической стратегии — заканчивать первый сеанс с семьей следует тогда, когда она уже испытывает желание прийти на следующий сеанс.

Запротоколированная ниже первая встреча проводилась опытным семейным психотерапевтом Бролио Монтальво. Она проходила по несколько измененной схеме. Первый этап был короток, последующая ассимиляция психотерапевта с семьей произошла быстро, а затем контакты со всеми членами семьи прервались — из-за сильной сосредоточенности на источнике проблемы, на семилетней Манди. Тем не менее все задачи первого сеанса были выполнены.

По оценке психотерапевта, семейная структура такова: она состоит из подсистемы исполнительной власти — матери и ребенка, замещающего родителя (РЗР), десятилетнего Морриса. Источник проблемы (ИП) Манди подвергается травле со стороны этой системы исполнительной власти (рис. 32).

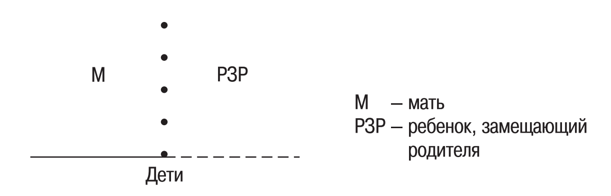


Рис. 32

Вмешательство психотерапевта нацелено на сближение с затравленным ребенком и исключение РЗР из конфликта между матерью и ИП (рис. 33).

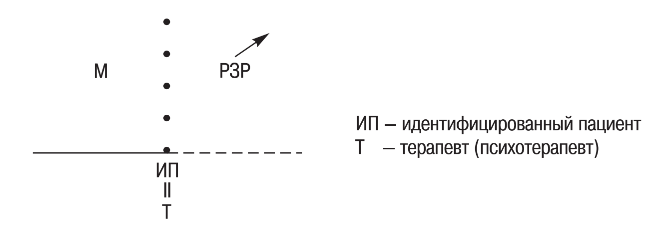


Рис. 33

Это вмешательство принимается матерью и, возможно, РЗР; создается семейная структура, существовавшая ранее, до развода родителей. Мать и РЗР находились тогда в коалиции против отца и ИП, и мать нападала на отца через ИП (рис. 34).

М ≣ РЗР} {ИП ≣ О

О – Отец
≣ – Очень тесная связь
{ – Коалиция

Рис. 34

Поэтому мать реагирует на сближение психотерапевта с ИП усилением нападок на девочку. В результате семейный психотерапевт меняет стратегию, поддерживая мать в целях поддержки ИП (рис. 35).

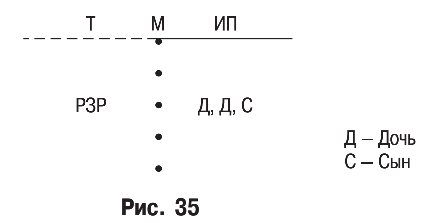


Рис. 35

Он дает домашнее задание, усиливающее структуру подсистемы, внутри которой мать непосредственно взаимодействует с ИП, в то время как РЗР обращает свое внимание на других сиблингов (термин генетической школы — все братья и сестры пробанда) (рис. 36).

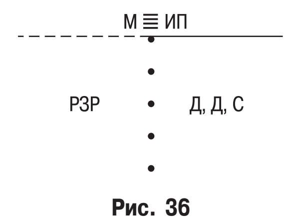


Рис. 36

К концу второго сеанса психотерапевт начинает увеличивать взаимодействие матери и РЗР с их внесемейным контекстом (рис. 37).

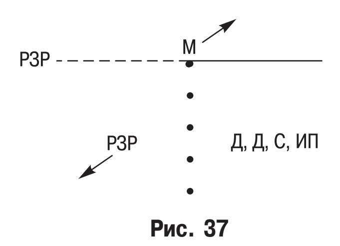


Рис. 37

Далее приведены фрагменты протокола начальной встречи с этой семьей. Присутствуют и двое других детей: Джойс (8 лет) и Дебби (2 года). Войдя, члены семьи садятся следующим образом:



Первая встреча Б. Монтальво с семьей миссис Горден

Монтальво (далее — **М.**). Сколько ей лет?

Миссис Горден (далее — **Г.**). Ей четыре.

Ас.[1] Входит сначала в контакт с матерью, признавая за ней положение главы семьи.

М. Четыре. А сколько лет Моррису?

Г. Десять.

М. А Анни?

Г. Восемь.

Ас. Знает имена детей, что означает предшествовавший контакт и ускоренный вход в семью в качестве части новой социальной системы. Это естественное салонное поведение: психотерапевт вежливо болтает с матерью.

М. Это Анни?

Г. Джойс.

М. Джойс.

Г. Джойсу восемь лет.

М. Восемь.

Г. Манди семь.

М. Семь, восемь, десять и два.

Г. Четыре.

Ас. Колеблется, ошибается сначала с именем, потом с возрастом ребенка, что помогает семье почувствовать себя уютно, устранив всякий страх перед непогрешимой властью. Психотерапевт изображает себя ошибающимся и, следовательно, доступным.

М. Четыре. Большой мальчик. Ну, когда вы мне вчера позвонили...

Ас. Упоминает о единственном предшествовавшем контакте, телефонном разговоре, для создания впечатления более длительного, чем на самом деле, периода знакомства.

Г. Я... вчера была в таком волнении.

Ас. Признает волнение Г. и успокаивает ее.

М. Вы очень волновались.

Г. Ну да, потому что это может быть очень опасно. Она и раньше это делала. А если бы Моррис позвонил мне на работу и сказал, что дом снова горит и приехали пожарные, о, не знаю, что бы я сделала.

М. Вы были на работе...

Ас. Продолжает идти по следу сообщения матери.

Г. Да.

М. ...и Моррис вам позвонил.

Г. Он не позвонил, потому что знал, что я буду очень волноваться.

М. О...

Г. Он не позвонил, потому что с этим справился.

М. (*Моррису*): Понятно. Так что, ты сам справился с огнем?

Re. Входя в контакт с другим ЧС, начинает преподавать одно из правил общения: ЧС должны говорить только за себя, посредничество не одобряется. Так как присутствовал Моррис, а не мать, рассказывать должен Моррис. Это первый из приемов, не соответствующий этикету: психотерапевт прерывает Г., чтобы дать говорить Моррису.

[1] Ас. (*accomodation*) — поддержка. Re. (*reconstruction*) — реконструкция.

Г. Не тряси головой.

М. Кто зажег огонь?

Моррис. Манди.

Г. нападает на психотерапевта, исправляя манеры Морриса. Она настаивает на своем положении главы семьи.

М. Манди? Моррис ловко обращался с огнем — что он использовал? Воду? Помощь Манди?

Ас. Вступает в контакт с третьим ЧС. Разговаривая с ИП, он ищет информацию, его стиль серьезен, но это не стиль обвинения.

Г. Говори.

М. Чем он? Водой?

Манди. Да.

М. Так, а что еще? Чем он еще гасил огонь?

Манди. Только водой.

Re. Разыгрывает еще один гамбит, приводящий к изменениям, использует содержание и аффект для обсуждения компетентности, способа решения проблемы, а не для поисков виноватого. Семьи в кризисных ситуациях усердно ищут виноватого. Психотерапевты должны знать, когда опровергать такое поведение. Здесь опровержение лишь подразумевается. Психотерапевт моделирует озабоченность и разрешением проблемы, и уважением к умениям детей.

М. Только водой? Он не закрыл его одеждой или как-нибудь так?..

Re. Изменяет аффект травматизирующего события, демонстрируя интерес к его описанию. Это помогает Манди взаимодействовать с ним компетентно.

Манди. Нет.

М. Нет. А огонь действительно был большой?

Ас. Задает конкретные вопросы, чтобы запуганный семилетний ребенок мог отвечать односложно. По мере того как она начинает чувствовать себя увереннее, вопросы будут усложняться.

Манди. Да.

М. Примерно такой? (*Поднимает руки*). Или такой?

Манди. Такой.

М. Такой? Ну, парень... Это что-то. Он здорово поработал.

Re. Продолжает говорить в терминах компетентности и сотрудничества. Это внесение семян в почву. Позже он займется главным образом исследованием этой темы. В данный момент он опровергает порицающий аффект. Он не нападает на мать, он лишь предлагает другой взгляд.

Манди. Да.

М. Ты помогала ему гасить его?

Манди. Нет.

М. Нет? А ты хотела помочь? Ты хотела помочь его погасить? (*Манди бормочет*). А? Извини, я тебя не расслышал.

Г. Говори громче.

Г. принимает психотерапевта в качестве «обвинителя». В то же время она снова занимает положение главы семьи, играя роль контролера.

Манди. Он мне сказал этого не делать.

М. Вы можете помочь мне ее понять? Что она сказала?

Ас. Принимает требование лидерства матери, используя ее как переводчика. Он следует семейным стандартам взаимодействия (СВ), используя мать как «пульт переключения».

Г. Она сказала, что он сказал ей не помогать. Наверное, он сказал ей, чтобы не мешалась.

Re. Вносит в диаду «мать и Манди» язык поддержки и сотрудничества.

Re. Снова не разрешает матери говорить за Морриса, что подчеркивает правило, по ко-

которому ЧС должны говорить за себя, без посредника.

М. О. Почему ты не хотел, чтобы она помогала?

Моррис. Потому что она путалась под ногами.

М. А, она путалась под ногами?

Моррис. Потому что я схватил матрас, он горел, и я схватил его и унес, и положил в ванну, и пустил воду.

М. Гм...

Моррис. И потом я взял ее одежду и положил в ванну.

М. Ты хорошо поработал. Ты что-нибудь в этом роде раньше делал?

Ас. Вознаграждает компетентность Морриса на языке, соответствующем уровню развития десятилетнего ребенка. Кроме того, он идет по следу семейных вознаграждений, получаемых РЗР.

Моррис. Сначала все горело. Но я взял матрас и поставил к двери, и горел только матрас. Огонь был маленький, и горел только матрас.

Re. Опровергает аффект семьи, сосредоточиваясь на положительном — компетентных действиях.

Г. Я не понимаю, как он это сделал, потому что я сама не смогла бы поднять матрас. Он снял матрас с кровати и говорит, что не знает, почему он это сделал. Он просто был возбужден, вы понимаете? Думал, что, если его снимет, то не загорится вся кровать. Но он взял его в длину, и он застрял в двери. И вот с матрасом в двери, я не понимаю, почему он не сгорел.

Моррис. Когда я сначала вошел, я только вернулся из школы. Когда я вошел, там была только маленькая дырка, и я целую кучу чашек воды туда вылил, но чем больше я заливал, тем больше огонь разгорался.

М. Гм. А началось с середины матраса?

Ас. По следу.

Моррис. Гм.

М. Ты выяснил у Манди, как это началось?

Ас. Используя содержание уже законтактированного ЧС, психотерапевт пытается инициировать диалог между матерью и Манди. Он хочет «поиграть» СВ. Вместо того чтобы завязать диалог с Манди, мать отвечает психотерапевту.

Г. Она достала спички и зажгла их. Она не сказала, что зажгла.

М. Вы не могли бы у нее спросить? (*Жестикулирует, показывая, что Г. должна непосредственно говорить с Манди.*)

Ас. Поддерживает мать в ее роли «пульта переключения» в семейной структуре.

Re. Заставляет мать начать диалог с Манди. Мать сопротивляется вмешательству психотерапевта. Он настаивает, желая увидеть, как взаимодействуют мать и дочь.

Г. Что ты сделала? Расскажи мне, что ты сделала, когда пришла в мою комнату?

Мать приспосабливается к психотерапевту, начиная говорить с Манди в исследователь-

Что ты зажгла? Когда ты чиркнула спичкой, к чему ты ее поднесла, чтобы поджечь? Как ты подожгла одеяло?

Манди. Я чиркнула спичкой.

Г. И просто зажгла одеяло.

Манди. Да.

Г. Ты хотела зажечь одеяло?

Манди. Я ставила опыт.

Г. И что произошло? Я тебя не слышу. Ты ставила опыт?

Моррис. Она...

М. Извини, Моррис. Продолжай, Манди.

Манди. Я экспериментировала...

Г. С химическим набором Морриса?

Манди. Да! (*Плачет.*)

Терапевт делает матери знак поменяться с ним стульями. Он встает и идет к ней, так что она подчиняется и садится рядом с Манди.

Моррис. И потом ты сказала, что хочешь выпить воды. И ты вышла. Ее не было долго. Поэтому я пошел посмотреть, что она делает. И когда я подошел к комнате, она прибежала и сказала: «Мамина кровать горит».

М. Так. Моррис старается помогать, и он помогает. Ты много помогаешь. Но у Манди не было возможности закончить свой рассказ.

Г. Подождите. Дайте я с ней поговорю. Вот ты взяла химический набор и стала с ним возиться?

Манди. Да.

Г. И ты взяла спички, потому что пыталась поставить опыт?

Манди. Да.

Г. А ты видела, как Моррис зажигает спички, когда он его ставит?

Манди. Нет.

Г. Ну хорошо, а почему ты зажгла спичку? (*Манди говорит чрезвычайно тихо.*) Что? (*Манди снова бормочет.*) Она говорит, что... да, Моррису подарили химический

ской манере. Это прогностически хороший признак гибкости.

Тон матери становится порицающим. Она очень быстро может вернуться к старому. Однако прогноз остается хорошим, так как Г. демонстрирует способность реагировать на моделирование психотерапевта.

Re. Блокирует вмешательство Морриса, возвращающегося к своей роли посредника между матерью и Манди.

Re. Использует уменьшение дистанции для проигрывания диалога. Раньше он моделировал поведение, защищающее Манди; теперь он сажает мать на свое место, ожидая, что его поведение будет воздействовать на мать.

РЗР объясняет поведение детей матери. Он действует в соответствии с семейной структурой, в которой он посредничает между матерью и младшими детьми.

Ac. Поддерживает положительность роли, обозначая действия Морриса как попытку помочь.

Re. Переименовывает помощь Морриса в неуместную, блокирует ее и настаивает на разыгрывании диалога между матерью и дочерью.

Мать приспосабливается к психотерапевту, приказывая Моррису не мешать. Она приняла правило, по которому каждый должен говорить за себя. Семейные стандарты гибки, это позволяет сделать хороший прогноз.

Мать расширяет для психотерапевта сообщение Манди, признавая, что он — участник ее разговора с Манди. Но, несмотря на то что она снова начинает говорить с Манди

набор на Рождество... и она все время с ним возится. Потому что она во все лезет. Во все! И он его забрал и положил в моей комнате, чтобы она с ним не возилась. Поэтому она и захотела воды. Но вместо того чтобы пойти вниз, она пошла в мою комнату и взяла набор. И она стала ставить опыт. Я не знаю, что она собиралась делать со спичками.

тоном исследователя, ее голос жесток. Мать постоянно осуждает Манди. Манди напугана, она говорит неслышно. Начальное принятие матерью предложенной психотерапевтом модели изменения и ее возвращение на старую позицию характерны для любых процессов изменения.

М. Гм.

Моррис. В одном опыте, который я ставил...

Г. Моррис, не перебивай.

Мать приняла установленное психотерапевтом правило. Она приспосабливается к психотерапевту, блокируя вмешательство Морриса.

М. А я вижу, что... — как ее зовут?

Ac. Поддерживает семейную структуру, говоря о детях с матерью, не обращаясь к ним.

Г. Джойс.

М. Джойс очень стесняется. Она и в самом деле такая?

Re. В первый раз отмечает недостаток: застенчивость Джойс. Он раздвигает границы проблемы, чтобы превратить индивидуальный диагноз в семейный.

Г. Да, она всегда очень тихая.

М. Очень тихая? Джойс, ты тоже видела матрас?

Ac. Входит в контакт с четвертым ЧС. Он разговаривает со всеми и заботится обо всех.

Джойс (далее — **Д.**). Нет.

М. Нет?

Ac. Психотерапевт включает в разговор всех сиблингов и с уважением относится к общению детей. Его вопросы, обращенные к ним, конкретны и направлены на получение информации относительно способа действия, что поощряет разговорчивость ребенка и заставляет его чувствовать себя важным участником сеанса.

Д. Нет.

М. Где ты была, когда это произошло?

Д. Я убирала свою комнату.

М. Кто тебе рассказал, что произошло? Тебе Манди сказала, что случилось?

Д. Она мне сказала, что загорелась одежда.

М. Ты очень испугалась?

Re. Вводит чувство озабоченности аффективными переживаниями ребенка.

Д. Нет.

М. Что ты сделала?

Re. Говорит с ребенком в терминах эффективности, выяснив, что она могла совершить конструктивный поступок, когда это требовалось.

Д. Я сказала Моррису, и тогда Моррис пришел. Я сказала Моррису, что горит постель.

М. Так. Когда вы, Г., вернулись домой, вы, наверное, были очень взволнованы.

Re. Снова обращается к Г., уважая ее в роли главы семьи и центрального «пульта переключения». Он беспокоится за нее, простирая таким образом свое беспокойство от озабоченности тем, что пережил здоровый сиблинг, до озабоченности Г. Он снова сеет в почву семена.

Г. Ну да, когда я вошла, я почуяла, что что-то горит, и вот Моррис не спал, чтобы мне рассказать, поэтому я вошла, и он сказал: «Мама, я должен тебе что-то рассказать. Ты очень рассердишься». Я ска-

Функция РЗР делает Морриса ответственным за то, что происходит в отсутствие Г. Кроме того, он, кажется, играет роль покровителя по отношению к ней, принимая на

зала: «Ладно, для начала скажи, почему ты не спишь? И что это, я слышу, горит?»

М. Вы пытались выяснить, что произошло?

Г. Да, но она... вот все, что мне удалось узнать.

себя ответственность за разрешение кризисных ситуаций.

М. Гм. Вам удалось выяснить, не обожглась ли она?

Ас. Идет по следу, расширяя знание Г. о пожаре.

Г. Ты себя нигде не обожгла?

Манди. Нет.

Г. Нет, она не обожглась. Я посмотрела, когда я...

Re. Перемещает Г. от описания события к разыгрыванию семейных взаимодействий. Послушав и поддержав ее, он знает, что теперь может на нее нападать. Он просит разыграть диалог между Г. и Манди, используя выражение заботы, на которое Г. реагирует поверхностно. Психотерапевт пытается ввести новый аффект (озабоченность другими), манипулируя содержанием коммуникации и ее направлением (от матери к ребенку).

М. А она очень испугалась? Ведь это могло быть очень страшно.

Г. Да, она испугалась...

Re. Поддерживает ИП. Он не принимает даваемую Г. информацию, потому что ему нужен разыгранный аффектом заботы диалог. Он переходит от темы беспокойства из-за физической боли к теме беспокойства из-за психологической боли. Посеянные им ранее в разговорах с Д. и с Г. зерна облегчают эту задачу.

М. Проверьте это.

Re. Настаивает на проигрывании стандарта взаимодействия.

Г. Ты испугалась?

Манди. Да.

Г. Ты испугалась, когда все загорелось?

Манди. Да.

Г. Ты попросту не знаешь, почему ты это сделала?

Манди. Нет. (*Начинает плакать.*)

Г. А?

Манди. Нет!

Г. Но ты же знала, что делала, разве нет?

Манди. Да.

Г. Потому что ты это уже не первый раз делаешь?

Снова возникает поведение — травля, несмотря на психотерапевтические маневры. Сопротивление психотерапевтически модифицируемому импульсу оказывает история прошлых действий и реакций на обиды.

(*Позже на сеансе Манди спокойно читает.*)

М. Кстати, кажется, что Манди любит читать. Это правда?

Терапевт возвращается к Манди в нейтральной области повседневного общения.

Г. Я не знаю, я даже не уверена, что она эту книгу читает.

М. А почему бы вам не узнать? Она может для вас почитать.

Ас. Идет по следу события — чтение девочки — и превращает его в разыгрывание стандартов взаимодействия.

Г. Ну, ты можешь почитать эту книгу?

Манди. Да.

Г. Это твоя школьная книга по чтению?

Манди. Угу.

Г. Ладно. Читай. (*Манди читает.*) Я не слышу.

Манди (*читает*). «Пряничный мальчик. Это — старушка...» (*продолжает читать.*)

М. Что ты об этом думаешь?

Манди. «... Я заставляю пряничного мальчика есть. И она так и сделала».

Re. Использует задание для формирования взаимодействия мать–ребенок.

Г. Манди, где вы остановились в школе? Ты ведь уже это читала, так? Где вы остановились в школе?

Манди. Когда я дошла до конца.

Г. До конца.

Манди. Угу.

Г. Ну так что же ты делала? Просто все снова читала? Или сквозь смотрела, а?

Манди. Снова читала.

Г. Зачем ты это читаешь? Почему ты совсем не слушаешь?

М. Простите, это что такое?

Г. Я у нее спросила, почему она читала книжку, почему она не слушала.

М. Она прекрасно читала.

Г. Ну так это она уже прочитала.

Г. снова воспринимает психотерапевта и Манди как союз против себя и снова нападает на младшего члена союза. Всеобщность дисфункциональной травли может проистекать из чувства Г., что психотерапевт сдвинул свою близость и снова поддерживает Манди. Г. атакует Манди, во-первых, потому что она не умеет читать, во-вторых, потому что «она читала, а не слушала».

М. Прекрасно. А вы проверьте, сможет ли она читать дальше?

Г. Да.

Терапевт защищает Манди. Теперь он и Г. втянуты в борьбу за власть, в которой ставкой стала Манди. В этой борьбе Г. заинтересована в поражении Манди. Она воспринимает компетентность Манди как собственное поражение, потому что психотерапевт поддерживает Манди. Психотерапевт приобретает опытное знание о семье. Та же последовательность действий — сближение психотерапевта с Манди, нападение Г. на Манди — наблюдалась и раньше, однако в ней не было необходимой интенсивности, чтобы изменить поведение психотерапевта. Теперь он опасается того, что Г. преобразовывает прямую поддержку Манди в союз Манди и психотерапевта против себя. Он может предполагать, что он воссоздает старую семейную структуру, существовавшую, когда отец был постоянным ЧС, и он может оставить это предположение для дальнейшей проверки. Однако сейчас он чувствует, что поддержка

Манди наталкивается на сопротивление. Он должен включить этот опыт в свое лечебное поведение.

М. А почему бы вам не посмотреть, может она или нет?

Re. Усложняет данное задание.

Г. Где ты остановилась?

Манди. Здесь. На этой странице.

Г. Здесь остановилась?

Манди. Угу.

Г. Ты знаешь, что это такое?

Манди. Угу.

Г. Ты это можешь прочесть? Ты это уже читала?

Манди. Нет.

Г. Ты можешь это прочесть?

Манди. Да.

Г. Читай.

Манди (*читает*). «Три медведя. Однажды в лесу жили три медведя.Один медведь был Медведь-отец, другой медведь был Медведица-мама».

М. Отлично, Манди! Отлично!

Г. Ну да, она это может прочесть.

М. Но посмотрите. Посмотрите, я вам скажу: «Да, она это может сделать. Да». Что с вами происходит?

Re. Передразнивает Г. Он нападает на нее непосредственно, потому что она упорно продолжает критикующую линию поведения.

Г. Что вы имеете в виду — что со мной происходит?

М. Почти все, что... она много чего хорошо делает. Видите: она очень хорошо умеет читать, она дружелюбна. Вы, должно быть, много с ней занимались. Потому что она совсем не так уж отстает в чтении, как вы говорите.

Re. Модифицирует свое нападение на Г., утверждая, что положительное в Манди является результатом хорошего осуществления материнских функций. Такая смесь критики и похвал дает Г. возможность принять критику, но не позволяет ей защищаться.

Г. Нет, ну да, да, она не отстает.

М. Да.

Г. Просто я не могу все время за ней следить. Вот если я оставляю ее на втором этаже и иду вниз что-нибудь сделать, через две минуты кто-нибудь меня зовет — это она что-то сделала.

Г. упорно не принимает положительного в Манди. Это, может быть, одна из ее реакций на психотерапевта.

М. Кто вас зовет? Моррис?

Re. Отражает атаку-травлю, изменяя содержание и аффект и присоединяя других ЧС.

Г. Нет, не только Моррис.

М. А кто?

Г. Джойс, Дебби — все.

М. А в последний раз, когда что-то случилось, что это было?

Г. Может быть, что-то вроде... когда я посылаю их наверх, я говорю: «Уберите у себя в комнатах». Поэтому считается, что эти двое убирают комнату. А Манди, она ничего не делает, если я тут же не стою. Джойс приходит вниз и говорит: «Мама, Манди говорит, что ничего делать не будет». И если я иду наверх, Джойс, например, разбирает обувь, а Манди снова все перемешивает. Джойс что-нибудь вешает, а Манди снова скидывает.

Сиблинги, в согласии с матерью, осуждают Манди. В этот период семейной жизни Манди — легкодоступная мишень. Когда сиблинги или мать занимаются критикой, чувство вины у объекта травли усиливается.

М. Когда ты читала, ты здорово поработала, Манди. Мы забыли ей сказать, что она хорошо потрудилась.

Г. Очень хорошо.

Ас. Это «мы» призывает мать присоединиться к психотерапевту.

Re. Изменяет содержание, сосредоточиваясь на области компетентности Манди. Г. соглашается с психотерапевтом, возможно потому что, хваля Манди, она может снова стать его союзником.

М. Понимаете, что меня беспокоит — конечно, мы ходим вокруг да около в поисках. И я уверен, что можно что-то сделать, чтобы вы не беспокоились, когда уходите. Она не будет ничего такого делать, когда вас нет. Но вы знаете, меня гораздо больше беспокоит, что Джойс стеснительна. Дело не только в Манди. Джойс стесняется и не говорит, и я вижу, что Манди напугана.

Re. Уходит от сконцентрированности на Манди и рассматривает обеих сестер и их аффективную жизнь. Этот прием был несколько раз использован в течение сеанса. На некоторое время он действует, но затем сконцентрированность на Манди как на единственной проблеме в семье снова возникает.

Г. Нет, она меня не боится. Сейчас она, наверное, боится того, так, по крайней мере, я чувствую. Я чувствую, что она напугана тем, что произошло вчера ночью. Но меня она не боится. Она сейчас мне рассказывает больше, чем Джойс, — о том, что происходит. Иногда она приходит ко мне и говорит о том, что произошло в школе или вообще, что случилось. А вот Джойс никогда мне не рассказывает, что произошло в школе.

Г. принимает расширенный вариант озабоченности, введенный психотерапевтом, и включает в проблему Джойс. В то время как тактика подчеркивания положительного в Манди неоднократно была подорвана, использование психотерапевтом обычного стандарта «озабоченности» было принято матерью и Джойс была включена в понимание проблемы.

М. Хорошо, она не напугана, и она с вами говорит. Вы правы, это хорошие признаки. У вас есть какие-нибудь предположения о том, как это происходит — что ей хочется делать то, что запрещено, и чего делать не надо?

Г. Ну об этом я от нее ничего не могу узнать. Но однажды она сказала Моррису, что она хотела бы уйти жить к отцу, потому что он бы ей разрешал делать все, что она захочет. Да и когда он был тут, он говорил, что я с ней плохо обраща-

Г. сообщает о трудностях в контроле над другими детьми как о части своей битвы с мужем. Оказывается, что муж и жена воевали в сфере родительских функций. Отец считался союзником детей против матери. Можно предположить, что Моррис, и мать, и отец,

юсь, потому что не даю ей делать, что ей хочется. Но он не наказывал их правильно. Если они, например, что-нибудь делают, значит, пусть делают. Он не хотел, чтобы их били или вообще наказывали. Вот Дебби, например, она совершенно испорчена. И вот теперь — она так безобразно себя вела, ее просто никуда нельзя было взять, потому что она страшно мешала. Вот, например, однажды Джерри взял ее с собой — когда он еще заглядывал, сейчас он вообще не заглядывает, — и они пошли в магазин или еще куда-то. Поэтому я говорю, что буду оставлять ее с няней, потому что я не хочу ее брать с собой, потому что я знаю, как она себя ведет, если ее взять с собой. Но он сказал: «Я хочу, чтобы она тоже пошла». И я ей разрешила. И вот мы зашли в магазин — это был парфюмерный отдел, мне что-то надо было купить. И ей чего-то захотелось. И я сказала: «Ну, Дебби, этого ты не получишь». И она просто легла на пол и стала ногами сбивать все микстуры с полки. Вот и Джерри не хотел, чтобы я ее била: «Не бей ее. Подожди до дома. Подожди до дома». И потом...

и Манди, составляли коалиции, включающие разные поколения.

М. А с Манди все так же было?

Г. Нет, она никогда себя так не вела.

М. Я имею в виду, вы и Джерри из-за нее...

Re. Исследует поведение детей как индикатор конфликта муж–жена.

Г. Ну да, он не хотел, чтобы я ей что-нибудь говорила.

М. Ясно. Так что между вами и Джерри были большие разногласия из-за детей? Он не хотел, чтобы вы им что-нибудь говорили.

Г. Да. Он не хотел, чтобы их поправляли. Поэтому...

М. Кто был любимцем Джерри? (*Мать показывает.*) Манди? Я так и думал. Мне интересно — вы сегодня идете на работу?

Re. Исследует коалиции, выходящие за границы между поколениями, и неявно истолковывает Манди как члена союза «отец–Манди» против матери.

Г. Да, сегодня ночью.

М. В какое время, примерно?

Г. Ну, я им сказала, что вернусь поздно.

М. Я хотел бы, чтобы вы пошли домой и достали химический набор. А Моррис может на время заняться Дебби и Джойс. И мне хотелось бы, чтобы вы учили Манди, как зажигать спички не обжигаясь

Re. Дает домашнее задание. Оно рассчитано только на двух ЧС. Другим детям — другое задание, оставляющее Г. и Манди наедине. Задание подробно описывается привычными выражениями и в добром тоне. Эта игра

и как погасить огонь. Вы можете взять несколько кусочков бумаги и заниматься этим, только пока она спокойна. Если она заплачет, вы перестанете, понятно?

Г. Хорошо.

М. Не перерабатывайте. У вас есть кухонные таймеры для варки?

Г. Да.

М. Занимайтесь этим 10 минут, не больше. Вы можете этим заниматься 10 минут. Ты знаешь, Манди, что мама с тобой будет делать? Слушай, Моррис, потому что тебе придется следить за Джойс и Дебби. Это игра только для Манди. Ты не должен в нее играть, и ты тоже. Хорошо? Только ты можешь играть с мамой. Мама будет тебя учить, как играть со спичками, не обжигаясь и не поджигая вещи. Хорошо? Ты научишь ее всему, что умеешь? Ты научишь всему, что умеешь с.. научишь их зажигать? (становится на колени рядом с Манди, гладя ее руку).

Манди. Да.

М. Ты ее научишь, как это делать?

Манди. Да.

М. Отлично. Научи ее всему, что умеешь. Ладно? Теперь мне хотелось бы, чтобы ты взяла маму за руку. Хорошо? Сейчас мама будет учить тебя, как играть со спичками, не причиняя вреда ни себе, ни другим. Ладно?

Манди. Ладно.

М. Но только десять минут, ладно?

Манди. Да. (*Г. отпускает ее руку.*)

М. Ладно. Знаете, мне хотелось бы видеть вашу семью раз в неделю. Вы можете? Может быть, нам придется продвигаться медленно. Потому что мне кажется, что есть много других вещей, которые я совсем не понимаю. Может, вы поможете мне понять, что происходит. Я также беспокоюсь, честно говоря, из-за Джойс, как вы из-за Манди, хотя ясно, конечно, что то, что случилось с Манди, очень важно, потому что дом мог сгореть. Но знаете, нужно что-то вроде вашего присутствия в ваше отсутствие. Иначе нельзя. Вы должны научить Манди, как лучше заботиться о себе самой.

рассчитана только на Г. и Манди. Причем Г. занимает по отношению к Манди положение дающего. Эти характеристики задания нацелены на создание контекста, в котором мать и затравленный ребенок встречаются в необычной для семьи ситуации. Г. проявляет компетентность и обогащает Манди, а Манди принимает это и чувствует помощь матери.

Re. Обеспечивает сотрудничество Манди, описывая задание как игру, в которой у нее особая роль. Заставив Г. принять задание, он может обратиться непосредственно к Манди и моделировать воспитывающее общение с ней, объясняя одновременно задание, которое может оказаться источником стресса. Он подчеркивает, что Манди компетентна и должна демонстрировать свою компетентность в отношениях с матерью. Задание подчеркивает центральность Г., но направлено на создание нового стиля взаимодействия между Г. и Манди.

Re. Использует физический контакт для подкрепления задания. Он создает близость и положительный аффект на основании содержания, связанного с приобретением умений и избеганием боли.

Re. Ограничивает задание, зная, что продолжительный контакт между Г. и Манди может привести к усилению трений.

Re. В конце сеанса окончательно объявляет, что с проблемой связана вся семья.

Сеанс продолжается еще 5 минут. Психотерапевт снова открывает тему муж/жена, указывая, что она станет частью сеансов. Он говорит Г., чтобы та была очень бережна с Манди в течение 10 минут задания. Он просит ее позвонить ему на следующий день и рассказать, как прошло выполнение задания, сообщая, что она может позвонить в любое время. Она ударяет Дебби, и он говорит ей, что сеансы помогут ей стать менее нервной и напряженной. Мать соглашается, говоря, что ей хотелось бы над этим поработать.

Далее следует фрагмент второй встречи с той же семьей через неделю. Сначала психотерапевт спрашивает у Г., не хотела бы она кофе. Он делает ей комплимент по поводу ее внешности, хвалит Джойс за то, что она всегда выглядит счастливой, и спрашивает у матери, как долго она одевает детей по утрам. Таким образом, психотерапевт начинает сеанс в роли хозяина, успокаивая семью. Кроме того, он реагирует на настроение семьи.

Вторая встреча Б. Монтальво с семьей миссис Горден

М.	Манди сегодня совсем по-другому выглядит. Такая счастливая.	Терапевт берет на себя ответственность за переход к лечению.
Г.	Да, она сегодня немножко другая. Я думаю, что она — на той неделе, я думаю, что она была как бы... волновалась из-за того, что произошло.	Г. Приняла модель, данную психотерапевтом. В ее описании Манди подчеркивается аффект ребенка.
М.	Как у вас все прошло? Мне показалось, что все очень хорошо, — то, что вы мне рассказали по телефону.	Ас. Поддерживает Г. и подчеркивает непрерывность их отношений.
Г.	Ну да. Ну, что она делала — что произошло — она открыла пакет (*американские спички выпускаются в пакетиках, в которых картонные спички прикрепляются к основе, как зубья гребенки; спичку надо оторвать и чиркнуть об оборотную сторону пакета. — Примеч. авт.*) и просто чиркнула спичкой. Она левша, поэтому она все равно все делает навыворот.	
М.	Дайте я погляжу. Манди, покажи мне левую руку. (*Она поднимает левую руку.*)	Ас. Контактирует с Манди в коммуникации, соответствующей ее возрасту.
Г.	И она чиркнула по направлению к головкам и зажгла весь пакет. И это — я так думаю, ее слегка обожгло, поэтому она его уронила — кинула его.	Описание Г. связано с компетентным выполнением задания. Теперь она описывает поджигательство Манди как несчастный случай или как неумение, а не как акт злой воли.
М.	Вы, кажется, хорошо поработали, знаете, смотрели, что неверно, и учили ее.	Ас. Связывает успехи Манди с опытностью Г., поддерживая центральность Г. в семейной структуре.
Г.	Гм.	
М.	Вы теперь уверены, что она лучше с ними умеет обращаться?	Re. Объединяет Манди и Г. в подсистему, приносящую удовлетворение Г. Это меняет старые отношения травли. Он укрепляет новые взаимоотношения.
Г.	Да, намного лучше (*счастливо улыбается*).	
М.	В самом деле?	
Г.	Да.	

М. Хорошо. Манди, много было упражнений? Ты много упражнялась с мамой?	Ас. Поддерживает Манди, подчеркивая совместную работу.
Манди. Да.	Re. Поддерживает новую подсистему и через младшего члена.
М. Да? И как часто?	
Г. Ну, я этим занималась каждый день. Иногда я...	Г. Реагирует на поддержку психотерапевта, описывая свою компетентность в выполнении задания психотерапевта.
М. Каждый день!	
Г. Гм. Иногда я успевала этим заниматься дважды до ухода на работу — от момента, когда она приходит домой, и до момента, когда я ухожу. Но чаще всего я этим занималась только раз в день.	Ас. Реагирует, демонстрируя удовлетворение обеими, и обе довольны собой; волна хорошего настроения.
М. Не больше 5 минут, я надеюсь?	
Г. Нет, нет.	
М. Мне было бы интересно — ты не могла бы — не могла бы зажечь для меня спичку?	Re. Использует симптом, чтобы его минимизировать. При помощи задания он истолковал поджигательство как результат дисфункционального СВ, в котором РЗР Моррис прерывает взаимодействия между Г. и Манди, что и приводит к травле. Теперь он вводит разыгрывание поджигательства в контекст новой подсистемы Г. — Манди. Успех в выполнении задания поддержит положительную связь между членами подсистемы.
Манди. Сейчас?	
М. С хорошим огоньком? Вот как тебя мама учила. Хорошо. Так. Делай правильно. Хорошо. Дай посмотреть. Может она справиться? Вы ей поможете, ладно? Не обжигаясь. Хорошо. Почему бы вам не сесть к ней ближе, чтобы вы могли ей помочь. (*Г. и М. меняются стульями. Манди зажигает спичку и бросает ее в пепельницу.*)	Re. Поддерживает новую семейную структуру, уменьшая дистанцию между Г. и Манди, превращая Г. в помощницу. (СВ — стандарты взаимодействия, повторяющееся взаимодействие устанавливает СВ, а СВ определяют, кому и как вступать во взаимодействие.)
Г. Не роняй бумагу на пол, иначе что-нибудь загорится.	
М. Гм. Очень хороший огонь. А ты могла бы его погасить — она могла бы?	Ас. Поддерживает Г. в роли «центрального пульта переключения». Re. Начинает руководить Манди, но останавливается и дает Г. взять функцию руководства на себя.
Г. Как бы ты сделала, чтобы он погас?	Г. Подражает модели психотерапевта.
Манди. Водой.	
М. Очень хорошо. Понимаешь...	
Г. Вот и ты — после того, как ты зажгла огонь, ты идешь за водой, или...?	Г. Сама облегчает исследовательское поведение Манди.
Манди. Сначала я возьму воду, а потом зажгу огонь.	
М. Это как вечер, на который вы идете. Чтобы начать играть в карты, вам нужен парт-	Re. Вводит тему, в которой мать действует отдельно от детей, как взрослый человек.

партнер. Вы просто не можете сами по себе. Чтобы погасить огонь, ей нужна вода. Моррис, почему бы тебе не принести для нее воды? Ты знаешь, где вода? Моррис. Гм...

Этим он роняет в почву семена, которые прорастут позже.

Ас. Поддерживает структуру семьи, используя Морриса как помощника.

М. Можно он принесет тебе воды, Манди?

Манди. Угу.

М. Ладно. (*Моррису*): Я тебе покажу, где вода. Провожу тебя.

Re. Чувствуя, что Моррис нуждается в поддержке, идет с ним за водой. Он принимает помощь Морриса и поддерживает Г. занятую Манди. В то же время разыгрывание выполнения задания продолжает поддерживать подсистему Г.—Манди.

Г. Вы можете ей помочь сообразить, что делать с пеплом. Может быть, она должна посмотреть, не горит ли что-нибудь. (*Уходит с Моррисом.*)

Г. Ты должна посмотреть, не горит ли что-нибудь. Как бы ты это сделала?

Г. Облегчает исследовательские действия Манди. В отсутствие психотерапевта она имитирует данную им модель.

(*Позже.*)

Г. Я никому из них не доверяю спички. Я не...

М. Но она (*показывает на Манди*) уже лучше...

Re. Поддерживает дифференциацию членов семьи. Он выделяет Манди из категории детей.

Г. Да.

М. Намного лучше. Вы с ней свою задачу выполнили.

Re. Усиливает предыдущее высказывание, связывая поведение Манди с действиями Г., направляя таким образом Г. на поддержку компетентной индивидуальности Манди.

Г. Я никогда не видела, чтобы у Джойс... но если бы у нее они были и она бы их зажигала, я не думаю, что она делала бы это правильно.

Г. объединяется с психотерапевтом в исследовании поведения Джойс. Кроме того, она описывает Джойс как некомпетентную девочку.

М. Ну а почему бы нам прямо здесь не попробовать, вот с этой бумажкой. Давай, Джойс.

Г. Джойс? (*Обращается к Д.*)

Д. Гм?

Г. Давай посмотрим, как ты зажигаешь огонь.

Re. Дает задание зажечь огонь, подобное предыдущему, но с измененным составом: язык неумения перешел с Манди на Джойс. Теперь Джойс будет учиться, а Г. и Манди — учить. Это задание делает из Манди-ученицы учительницу, усиливает близость между Г. и Манди и увеличивает власть Манди в подсистеме сиблингов.

М. Она должна быть учительницей. Манди должна быть учительницей.

В этот момент мать и психотерапевт образуют рабочий коллектив.

Г. Ты должна ей показать, что надо делать.

М. Эй, Манди. Ты должна ей показать, что надо делать, мама сказала. Ну покажи ей — объясните ей, что она должна ей так все показать, чтобы Джойс не обжигалась. Идет?

Re. Поддерживает Манди в ее новом положении, используя все тот же язык помощи и заботы.

Г. Покажи ей все так — слушай меня. Ты знаешь, как я тебе показала, как не обжечься. И я тебе объяснила. Понятно? Можешь объяснить Джойс, как я объясняла тебе?

Г. расширяет использованную психотерапевтом тему. Она назначает Манди на пост учительницы, как психотерапевт назначил ее. Это изменяет структуру, в которой помощником был только Моррис.

Манди. Угу.

Г. Дай-ка я послушаю, как ты ей будешь объяснять. Не зажигай спичку, просто объясняй.

Манди (*обращаясь к Г.*) Надо...

Г. Говори ей.

Манди. Я не знаю как.

М. Мама тебе поможет.

Г. Ты — она достает спички — так? Что она с ними делает?

Г. обходит самое себя как «пульт переключения». Ее вмешательство снова разительно похоже на предшествовавшие вмешательства психотерапевта. Она заставляет Манди разыграть диалог с Джойс. Взяв власть, Г. временно передает ее своему представителю.

Манди. Потом надо набрать воды. И поставить воду на стол в стакане. И чиркнуть спичкой, дать ей погореть на бумаге или на чем-нибудь.

Г. и Манди имитируют диаду «мать—психотерапевт», в то время как психотерапевт отдаляется, Манди пользуется более длинными предложениями. Она учит очень понятно.

Г. Хорошо, а зачем брать воду?

Манди. Чтобы, если спичка что-нибудь зажжет, вылить стакан...

Г. Ты берешь воду и выливаешь ее. Все правильно. Да, кстати, о спичке, когда ты чиркаешь спичкой, как ты это делаешь?

Манди. Надо оторвать спичку, потом закрыть книжечку, перевернуть ее и зажечь спичку.

М. Может, она может показать — может, Джойс сумеет все сделать так же.

Re. Дает задание.

Г. Джойс, ты знаешь, что она тебе говорит сделать? Что она сказала надо сделать? (*Д. говорит слишком тихо.*) Да, у тебя есть вода. (*Д. снова бормочет.*)

М. Давай, Манди, покажи ей. Простите, я вас перебил.

Манди. Надо взять бумагу и положить ее наверх, чтобы она не зажгла стол.

Манди. Вот, вверх.

Г. Как вверх?

Ас. Руководит Манди, но обращает внимание на то, чтобы подчеркнуть учительскую роль Г., как будто он действует в качестве ее представителя. Под этим прикрытием он снова использует язык заботы.

Манди. Вот так.

Г. От себя.

Манди. Держи ее вот так.

Г. Правильно. Подойди сюда, к пепельнице, и зажги вот эту спичку. Покажи ей.

Моррис. Не надо чиркать спичкой, если ты ее держишь в ладони. (*Моррис пытается помочь Д., показывая ей, как зажечь спичку.*)

М. Моррис, ты безработный, Моррис. Моррис, иди сюда. Этот парень столько для вас делает.

Ас. Входит в контакт с Моррисом, который сдвинут со своего центрального положения и поэтому нуждается в особой поддержке.

Г. Правильно.	Re. Уменьшает дистанцию между собой и Моррисом для выведения его из диады «Г.—Моррис».
М. Отдохни. У тебя сейчас отпуск. Идет? (*Сажает Морриса на стул рядом с собой.*) **Г.** Вернись туда.	Re. Меняет «этикетку» на своем руководстве изменениями, обозначая их как «дар» Моррису, который раньше был-де перегружен работой.
М. Иди сюда, чтобы они могли сами это сделать. Понимаешь, они должны сами этому научиться. Потому что ты не можешь все время о них заботиться.	Ac. Поддерживает положение Морриса как «помощника» Г., разговаривая с ним как с лицом, разделяющим ответственность.
Г. Ты не знаешь, где чиркнуть? Вот на этой стороне. **М.** Она может и у Манди спросить. **Манди.** Здесь. **М.** Правильно. **Г.** Что случилось? **Д.** Я не хочу.	Re. Меняет этикетку: «помощь» состоит в «предоставлении им возможности сделать все самим».
Г. Ты не хочешь.	Ac. Принимает страхи Джойс.
М. Осторожно. Не спешите. Она еще — ты еще не уверена? Она еще не совсем уверена, что умеет держать. Может, ты зажжешь одну, Манди, чтобы она увидела, как надо? Посмотри сначала, как Манди делает. Очень осторожно. Не торопись. (*Манди зажигает спичку.*) **Моррис.** Гм. **Г.** Ты не зажгла вторую спичку.	Re. Настаивает на разыгрывании задания и заставляет Манди его завершить.
М. Очень хорошо. Очень хорошо. Манди, Джойс, может, не должна это делать, пока не совсем готова. Понимаешь, Манди очень много тренировалась. Вы действительно с ней много занимались. И знаете, вы очень много упражнялись. И теперь, когда вы будете учить Джойс, Манди может и смотреть, и учить. Потому что мне кажется, что теперь она хорошо владеет руками. Пальцы действуют просто отлично. Дай-ка посмотреть. Зажгла? Зажги снова. Погаси. Очень лихо. Это очень хорошо. А у вас есть какие-нибудь правила относительно этого? У вас есть какие-нибудь правила относительно спичек в доме? Я не знаю. Вы мне сказали, что будут. **Г.** Да. Я их все убрала, так что они не знают, где они. Если я дома, сигареты могут валяться, но я не оставляю спичек.	Re. Поддерживает новые функции Манди, одновременно защищая Джойс, объясняя умение Манди ее взаимодействиями с Г. (поддерживает диаду «Г.—Манди»). Затем психотерапевт расширяет диаду, руководя триадой «Г.—Манди—Д.» — подсистему женщин, исключающую Морриса и младенца. Он снова входит в конкретный контакт с Манди, увеличивая близость и телесный контакт между ними, давая матери модель.
М. Единственное решение. Здорово. Отлично.	Re. Поддерживает контролирование действительности.

Поджигательство Манди прекращается после первого сеанса. Психотерапевт продолжает контактировать с семьей полтора года, пока мать не переезжает обратно в город, где живет ее семья: он активно работает вместе со школой над разработкой программы для Манди, чтобы помочь ей адаптироваться в этом окружении. В школе ее направляют к одной из лучших и самых симпатичных учительниц. При благожелательном внимании дома и в школе она расцветает и становится более счастливой.

Когда мать заболевает, проводится несколько сеансов дома. Во время одного из визитов психотерапевт обнаруживает, что мать отправили в больницу и что о детях заботится пожилая соседка. Он находит экономку, чтобы следить за детьми, пока Г. в больнице и на время первого периода ее пребывания дома. Он посылает ей в подарок растение в горшке — символ воспитания и ускорения.

Кроме того, психотерапевт работает над освобождением Морриса от чрезмерных обязанностей РЗР. Но когда Моррис начинает заводить друзей в группе ровесников, семья сталкивается с проблемой филадельфийских банд. Вскоре после этого они переезжают. Каждый год мать на Рождество посылает психотерапевту фотографии всех детей. Катамнез через два года после начала лечения показывает, что семья до сих пор функционирует нормально.

Этот случай иллюстрирует разные аспекты работы психотерапевта. Изменения внутри семьи бывают результативны, но необходима работа с окружением, чтобы они были долговременными.

Миланская школа системной семейной психотерапии. Приводим описание демонстрационного интервью «Плачущий мальчик», которое провели члены миланской команды — Мара Сельвини-Палаццоли, Луиджи Босколо и Джанфранко Чеккин с участием Лин Хоффман и Пегги Пенн в 1979 г. во время консультаций в Канаде в 1979 г.[1]

Системный подход в семейной психотерапии, развиваемый Марой Сельвини-Палаццоли в сотрудничестве с Луиджи Босколо, Джанфранко Чеккином и Джулианой Прата, может восприниматься как захватывающая форма психотерапевтической исследовательской работы. Цель психотерапевта заключается в том, чтобы с помощью команды, наблюдающей из-за односторонне-прозрачного зеркала, собрать информацию о семье, которая выявляет «игру» и скрытые паттерны взаимодействий, при помощи которых члены семьи контролируют поведение друг друга. Существует мнение, что главный вклад миланской команды — этот метод интервью, который позволяет проникать во внутреннюю жизнь семьи и вскрывать мифы и убеждения, которые организуют систему. «Плачущий мальчик» — первая встреча с объединенной семьей «У», существующей уже пять лет. Обоим родителям за сорок лет, и они состоят во втором браке. Сейчас у них пятеро детей: Гарри, Джон и Барбара — дети матери, а две младшие девочки: Донна и Дебора — отца. Самый старший из сиблингов — Гарри — недавно начал жить один. Миссис У. обратилась в клинику с просьбой проконсультировать ее сына Джона, 17 лет, который только что провел три недели в больнице с диагнозом «острый шизофренический приступ». Психиатры в больнице отказались встречаться с родителями, мотивируя это тем, что «семья не имеет идей о перспективах Джона». Родители не знают точно, злоупотреблял ли Джон наркотиками и собирается

[1] Перевод сделан В. В. Зайцевым и С. А. Кулаковым.

ли он принимать лекарства, которые ему назначили в больнице. Перед миланской командой стояла цель — выяснить природу проблемы Джона и обсудить план лечения в больнице. Палаццоли и Чеккин работали как котерапевты в комнате с семьей и периодически консультировались с Босколо и Прата, которые наблюдали за ними из-за односторонне-прозрачного зеркала.

Определение проблемы

Чеккин. Мы хотели бы услышать от вас ответ на вопрос: какая сейчас есть проблема в семье? Кто хочет что-нибудь сказать?

Отец. Я предполагаю, что Джон является главной проблемой. Но, знаете, это проблема, которая может быть разрешена.

Чеккин. Проблема, которая может быть разрешена?

Отец. Я так думаю. Я на это надеюсь. Он был очень беспокойным, но это прекратилось в психиатрическом отделении больницы. И он такой уже две недели. Он от этого избавился. Он вернулся в больницу для продолжения своих школьных занятий неделю назад или чуть меньше.

Чеккин. Он занимается в больнице?

Отец. Да, у них есть учитель, как и здесь.

Чеккин. Что вы имеете в виду, когда говорите, что он был беспокойным? Можете ли вы это описать?

Отец. Ну, он не мог оставаться на одном месте. Он был все время в движении. Он не мог справиться с потоком своих мыслей. Он перескакивал с одной вещи на другую. Я предполагаю, что вы называете это галлюцинациями: он слышал голоса. Если доктор сообщал что-нибудь, что ему не нравилось, он говорил, что знает, что это кто-то другой общается с ним через доктора.

Чеккин. Кто заметил это поведение первым?

Мать. Ну, я думаю, мы заметили, а потом кто-то из детей. Гарри, ты заметил вечером, до того как Джон пошел?..

Палаццоли. Не в школе?

Отец. Нет, это было за два дня до школы.

Мать. За день до школы, за ночь до этого, он поднял Гарри в четыре утра и начал говорить ему о том, как он собирается спасать мир.

(*Девочки смеются.)*

Джон. Нет, я ничего не говорил.

Мать. Хорошо. Так вот, на следующее утро Джон собирался пойти в школу и курил одну сигарету за другой. Я сказала ему: «Эй, ты слишком много куришь». Он сказал: «Да, я очень нервничаю, это первый день моего возвращения. Да, но Гарри не вернется».

Чеккин. Гарри не собирался идти в школу?

Мать. Нет, он закончил 12 классов и пошел работать.

Чеккин. Так это было за год до этого?

Мать. Правильно. И они 11 месяцев жили отдельно. Ну так вот, Джон начал плакать, и я подумала: может быть, он имеет реальную причину нервничать. Потом он собрался и пошел в школу. В этот вечер, около пяти тридцати, он позвонил и спросил, может ли он пойти к своему другу поужинать, так как

мы обычно едим в пять тридцать и существует правило, что, тот, кто собирается куда-то уходить, должен предупредить меня заранее, чтобы я не готовила лишнее. Он позвонил уже с опозданием, но я сказала: «Можно и остаться там». Он вернулся примерно в семь тридцать и вместе с другом вышел на улицу, где они смеялись и разговаривали. Мы увидели его, когда он вернулся. Мы с мужем играли на кухне, когда он зашел и сказал: «Где джинсовая куртка Гарри?» Я спросила его: «Ты собираешься ее носить или отнести Гарри?» Тогда он сгреб куртку и начал плакать. Мы отвели его вдвоем наверх, так как поняли, что это действительно проблема. Там он начал говорить: «Что-то произошло со мной. Я не знаю что. Может быть, хорошее. Может быть, нет». А затем он сказал: «Я верю вам. Нет, я не верю вам». С этого времени он уже оставался таким.

Чеккин. Случалось ли это раньше?

Мать. Нет.

Чеккин. Джон, ты согласен с тем, что сказали о твоем поведении? Все ли было сказано?

Джон. Нет.

Чеккин. До этого ты сказал: «Я не говорил этого». Ты не согласен с тем, что здесь говорили?

Отец. Речь шла о том, что ты разбудил Гарри.

Джон. Я ничего не говорил.

Чеккин. Значит, это неправда, что он говорил все эти вещи? Кто первый заметил такое поведение Джона. (*Обращается к Донне.*) Ты заметила?

Донна. Да.

Чеккин. В то же время, что и остальные?

Донна. Да, похоже, я заметила это, когда мой друг подвозил меня как-то вечером из школы и Джон попросил взять его с собой в город. Мой друг взял его, дальше я не знаю точно, но он сказал мне, что Джон ему говорил что-то типа: «Я понимаю, а ты не понимаешь», — и все такое или еще что-то. После того как он мне это рассказал, я стала замечать, что он стал другим.

Чеккин (*обращаясь к Барбаре*). Ты заметила?

Барбара. Да.

Чеккин. Кто-то сказал, что это было за два-три дня до школы, — правильно? Ты думаешь, что-то произошло в школе?

Барбара. Он беседовал со мной до того, как начались занятия. Он сидел на заднем крыльце и говорил, что хочет мне что-то сказать. И я ответила: «Поднимись и скажи мне». А он сказал: «Я не могу» — и начал плакать. Он пытался мне что-то сказать, но я не понимала, а он продолжал плакать.

Чеккин (*Джону*): Каждый сказал, что это была проблема. Ты согласен?

Джон. Я не знаю, действительно ли это была проблема.

Чеккин. Как тебе это видится? Я спросил: «Какая проблема?», и все сказали: «Это Джон». Таким образом, они сказали, что ты проблема. Ты видишь это как-то по-другому?

Джон. На самом деле нет.

Чеккин. Как тебе это видится? Как проблема или как что-то еще?

Джон. Ну, я не знаю.

Обсуждение

Чеккин. Это интересно. Семья уже определила поведение мальчика как сумасшествие. Например, мать сказала, что он был нервозным. Отец сказал, что он был беспокойным. Сестра сообщила, что он плакал и не мог объяснить. Отец добавил, что у него были галлюцинации. Итак, они стали использовать симптоматическую терминологию. И всякий раз, когда я спрашивал его: «Ты согласен с тем, что они говорят?», — он отвечал: «Я не знаю, возможно».

Хоффман. Он сказал матери, что расстроен из-за того, что Гарри не вернется обратно в школу. И начал плакать.

Чеккин. Он много плакал и много курил. Затем он пошел в школу, позвонил после обеда и спросил: «Могу ли я остаться у друга?», а мать сказала: «Ты должен был сказать мне раньше, если не придешь домой, чтобы я не готовила лишнее». Очевидно, он пытался сообщить что-то, чего никто не понял. И все расценили его поведение как симптомы болезни. Один сказал, что он говорил как сумасшедший, другая — что он стал «иным», третий сказал, что он был беспокойным.

Хоффман. Сначала он утверждал: «Я не делал этих вещей», а затем сказал: «Может быть, это было так».

Чеккин. Интересно было то, что, когда я повторил вопрос: «Согласен ты или нет», он был сильно озадачен. К этому времени он уже был включен в систему, где он сумасшедший и где он не может говорить. Он не мог больше ничего мне сказать. Он сдался.



Присоединение психотерапевта к семье (начальная фаза сеанса психотерапии). Сын находится в симбиотической связи с матерью. Ситуацию моделируют врачи-психотерапевты на занятиях по семейной психотерапии

Пенн. В этом месте беседы какую информацию — согласно вашему определению информации — вы получили о семье?

Чеккин. Наиболее важная информация, возможно, была та, что Гарри не мог вернуться в школу. Возможно, он расстроил семью тем, что решил не идти

учиться в колледж. Мы знаем, что отец — рабочий. Следует подчеркнуть, что Джон в больнице продолжал заниматься по школьной программе. Может быть, Джон чувствовал на себе груз некоего идеала семьи — один из мальчиков должен получить образование. И он отреагировал тем, что сказал, что собирается спасать мир. На самом деле он решил не возвращаться в школу.

Симптомы как сообщение

Мать. Вы спрашивали нас, заметили ли мы что-нибудь, что было раньше, и теперь мы вспомнили, что в последний год его характер изменился. Когда мы спрашивали его о чем-либо, то он буквально выходил из себя. И знаете, он был все время очень взвинчен. В это лето, когда мы его просили что-нибудь сделать, он мог ответить: «Да» либо: «Что вы ждете? У меня есть другие дела».

Отец. Правда, потом он возвращался и делал.

Мать. Он стал очень сотрудничающим.

Чеккин. Это было в течение лета?

Мать. Да.

Отец. Когда ты пошла к доктору и сообщила: «Что-то случилось с моим сыном, он себя странно ведет», что он спрашивал?

Мать. Мы думали, что это переходный возраст.

Отец. Да, но затем, когда он вернулся из больницы и начал заниматься в высшей школе, он перестал принимать лекарства, а мы стали давать ему витамины. Но он и от них отказался. Затем показалось, что все вернулось опять: он начал все время спать, приходит из школы и спит до ужина, ужинает и опять возвращается в постель.

Чеккин. Кто был сотрудничающим до того, как он стал сотрудничающим?

Дискуссия

Хоффман. Что вы пытались сейчас делать?

Чеккин. Мы часто следуем за словами или фразами, которые использует семья. Поэтому я спросил, кто еще был сотрудничающим? Например, отец сказал, что Джон был беспокойным. Мы спросили, что означает быть беспокойным? Мы никогда не принимаем просто описание, если оно не имеет определенной ценности. Мы будем спрашивать, кто заметил это, кто более других обеспокоен этим? Они сказали, что он — проблема. «В каком смысле это проблема для вас?», — таким путем мы пытаемся привести информацию о его слабости к какому-то выводу.

Пенн. Как если бы вы пытались определить, какие коалиции существуют вокруг этой темы?

Чеккин. Нас не столько интересует вопрос о коалициях, сколько о сообщениях (посланиях). Что сообщает его болезнь? Кто перехватывает сообщение? Как они реагируют на него? Почему они используют термин «беспокойный»? Что они этим обозначают? Что они имеют в виду под понятием «сотрудничающий»? Все эти заявления похожи на ножи.

Хоффман. Они сказали, что все свидетельствовало о нем как о «больном».



Средняя фаза сеанса психотерапии. Психотерапевты С. А. Кулаков и С. И. Чаева работают с изменением дистанции в коммуникациях. С. И. Чаева объединяется с «ребенком», а С. А. Кулаков формирует подсистему с «мужем» и «женой»

Чеккин. Да, «сотрудничающий» — это больной, «беспокойный» — это больной. Мальчик подвергался нападению людей, которые пытались повесить на него этикетки. Вы достигаете точки, где даже «хороший ребенок» становится этикеткой; вы больше уже не человек, вы просто этикетка.

Пенн. Примиряясь с этими этикетками, сам он исчез.

Чеккин. Он потерялся. Он не знал, что делать. Он почти плакал. Если даже «сотрудничество» — это этикетка...

Босколо. Поэтому психотерапевт спросил: «Кто еще являлся “сотрудничающим”?»

Хоффман. Взял этикетку и распространил ее на всех вокруг.

Босколо. Да, поэтому вы спрашиваете остальных детей и таким образом размещаете всех на одном уровне.

Пенн. Вы также выводите пациента из той позиции, где он отличается от всех остальных.

Роль «козла отпущения» в семье (продолжение сессии)

Палаццоли. Какое объяснение вы дали такому поведению Джона?

Отец. Мы не знали. Мы отправили его к доктору. Мы говорили с ним и видели, что у него проблемы, с которыми мы не можем справиться, поэтому мы вызвали «скорую помощь», и доктор увез его.

Палаццоли. Но обычно в семье люди пытаются найти какое-нибудь объяснение странному поведению.

Отец. Первое, что мы предположили, — это наркотики. (*В результате возникла дискуссия о том, было ли связано поведение Джона с употреблением ЛСД прошлым летом.*)

Чеккин. Так ты понял, что была связь между ЛСД и тем, что с тобой случилось?

Джон. Нет.

Чеккин. Не было связи? Тогда как ты объясняешь то, что с тобой произошло?

Джон. Я не знаю.



Завершающая фаза сеанса психотерапии. «Супруги» демонстрируют согласие, а «сын» обретает автономность. В семейных ролях — врачи-психотерапевты

Чеккин. Ты сказал сестре: «У меня есть что сказать, но я не могу этого сказать», — значит, у тебя что-то было на уме.

Джон. Я не знаю, но...

Чеккин. Ты забыл или ты не можешь сказать?

Джон. Я не знаю.

Чеккин. Даже сейчас ты не знаешь. С кем ты говоришь в семье, когда у тебя возникают какие-нибудь проблемы?

Джон. Скем угодно.

Чеккин. Ни с кем специально?

Джон (*плачет*): Нет, с кем угодно — с Барбарой, Гарри, Донной.

Обсуждение

Хоффман. Как вы думаете, с чем связан плач?

Чеккин. Я думаю, это случилось тогда, когда я спросил, можешь ли ты поговорить с кем-либо из своей семьи? Он совершенно изолирован, потому что никто не может понять, что он хочет сказать. Когда я спросил, с кем он может поговорить, он сказал: «С кем угодно». Затем он взглянул на сестер, которые говорят с ним, но не могут понять его, и он начал плакать. Я спросил его: «Ты можешь сейчас объяснить?», и он сказал: «Нет». Он пытался объяснить целый месяц, как он сможет сделать это сейчас? Итак, он начал плакать, когда все остальные смеялись.

Босколо. Есть вещь, которую я нахожу удивительной в семьях, подобных этой. Каждый член семьи должен разделять все дурное с другими. Мы знаем историю о Боге и рае. Мы были на небесах с Богом, когда он выслал нас вон за наш первородный грех. Все члены семьи должны брать на себя часть дурного. Но в некоторых семьях дурное концентрируется на одном члене. Так часто начинается «карьера» больного или дурного. Когда один член семьи принимает на себя отрицательную роль в системе, все остальные ста-



Работа «отражающей» команды. Супервизоры вернулись из комнаты, в которой наблюдали за семейной психотерапией через односторонне-прозрачное зеркало, и дают обратную связь членам семьи. Семейную ситуацию проигрывают врачи-психотерапевты

новятся здоровее, они объединяются, — все они как ангелы. Когда семья достигает этой стадии, возникает хронификация, и уже очень трудно вернуться назад.

Чеккин. Это позиция «козла отпущения».

Хоффман. Как часто возникает фигура «козла отпущения» в семьях, которые переживают разделение, уход кого-либо? Когда родители сталкиваются с тем, что дети начинают уходить из семьи, они становятся лицом к своим собственным проблемам, сердятся друг на друга, иногда разводятся. Это очень опасно, когда группа начинает раскалываться: желая противостоять этому, все атакуют того, кто, по их мнению, взял на свои плечи все их грехи.

Чеккин. Но сейчас мы понимаем это: если использовать позитивную коннотацию для пациента в роли «козла отпущения» и сказать ему: «Ты, парень, — Иисус, который помогает всем», возможно создать худшую ситуацию. Эта оценка («козел отпущения») делает не очень хорошее дело, но, по крайней мере, помогает семье стабилизироваться. Если вы двигаетесь в противоположном направлении, превращая «козла отпущения» в святого, вы погружаете всех в смятение. Итак, надо найти третье решение, при котором не надо быть ни «козлом отпущения», ни святым. Системная психотерапия пытается найти такое решение. Вы должны рассмотреть индивидуальные истории и найти путь для их изменения таким образом, чтобы люди могли объединяться, покидать друг друга, воевать, но избегать при этом ужасных опасностей.

Хоффман. Да. Старый путь — сказать, что дети предохраняют родителей от развода. Вы можете сделать родителей «козлами отпущения».

Чеккин. В одной семье мы сказали, что оба родителя хорошие, но они как Россия и Америка. Они верят, что не могут так дальше жить и что они должны воевать и убить друг друга. Мы объяснили, что это миф и что они не должны так поступать.



Расширенная семья. Врачи-психотерапевты моделируют отношения в семье, состоящей из трех поколений

Босколо. Мы больше не используем вмешательство «жертвоприношение».

Хоффман. Даже если вы критикуете этот метод, разве вы не согласны, что он бывает поразительно эффективным?

Босколо. Несколько лет мы его использовали. Я соглашусь, что он работает, но в легких случаях. В хронических случаях он неэффективен.

Использование метавопросов в семейной психотерапии

Чеккин (*Джону, который плачет*): Кто больше всего слушает, когда ты говоришь?

Джон. На самом деле никто. Они все реагируют одинаково.

Чеккин. Никто из них не может выслушать тебя лучше или быть полезным тебе?

Джон. Никто.

Палаццоли. Чувствуешь ли ты себя одиноким, очень одиноким в семье?

Джон. Нет.

Чеккин. Как насчет Гарри? Кто наиболее близок тебе в семье?

Гарри. Возможно, Барбара.

Чеккин. Это всегда было так?

Барбара. Сначала была я и Джон. Затем были Гарри и Джон. Затем я и Гарри.

Чеккин. Когда произошли изменения между тобой и Джоном? В прошлом месяце? Три месяца назад? Два года назад? Когда?

Барбара. На самом деле не знаю.

Джон. Это происходило постепенно, на протяжении длительного периода времени.

Мать. Например, когда вы пошли в школу, кто был ближе всего в это время?

(*Никто не отвечает. Джон сморкается.*)

Палаццоли. Если бы не Джон, а кто-то другой из детей стал бы вести себя так же странно, кто бы, по вашему мнению, это был? Представьте себе эпизод, который был с Джоном. Я сначала спрашиваю отца, а потом мать.

Отец. Я ожидал бы этого от Джона, он наиболее нервный. Остальные меньше.

Палаццоли. Если исключить Джона, то кто бы это мог быть?



Врачи-психотерапевты изучают психоскульптурирование, демонстрируя тип супружеских отношений «на пьедестале» (Сатир В., 1988)

Отец. Я думаю, может быть, Донна. Она наиболее эмоциональная.

Палаццоли. Она плакала вместе с Джоном, они плакали вместе. (*Донне.*) Ты близка к Джону?

Донна. На самом деле мы не так близки. Но мы хорошие брат и сестра.

Барбара. Она ближе к нему, чем к Гарри.

Чеккин. А Дебора?

Барбара (*указывая на Донну*). Примерно месяц назад ты и Дебора не могли остановиться, вися друг на друге.

Чеккин. Вы остановились?

Барбара. Они не могли остановиться.

Отец. Эти две девочки были очень, очень близки.

Чеккин. О, вы были очень близки. А сейчас не так сильно?

Донна. Нет, я переключилась на этих двух (Джон и Барбара).

Мать. Ну здесь есть разница, потому что (это, очевидно, вы знаете) они — Донна и Дебора — обе учились в средней школе, а сейчас Донна первый год учится в высшей школе.

Чеккин. Многое изменилось в школе?

Мать. Дебора тоже перешла из начальной школы в нашем поселке, в которой она училась до шестого класса, в старшие классы.

Чеккин. Джон и Гарри были в одной и той же высшей школе? И Гарри больше не возвращался? (*К Барбаре.*) А что у тебя со школой?

Барбара. Высшая школа. Я тоже в высшей школе.

Палаццоли. Так вы пойдете все вместе?

Мать. Эти трое (Донна, Джон и Барбара).

Чеккин. О, все трое. (*Донне.*) Ты займешь место Гарри.



Врачи-психотерапевты демонстрируют тип супружеских отношений «хозяин-раб» (Сатир В., 1988)

Обсуждение

Чеккин. Это выглядит так, будто семья разделена на три пары. Представляется, что мать и отец очень близки друг другу; Гарри привязан к Барбаре; две младшие девочки прилепились друг к другу. Фактически они сидят по парам.

Пенн. А кто привязан к Джону?

Чеккин. Никто. Сначала он привык быть вместе с Барбарой, затем он был ближе к Гарри, но сейчас Гарри и Барбара близки друг другу. Сейчас Джон — третий лишний.

Босколо. Я помню, в 1977 году в Цюрихе у нас была дискуссия по вопросу, который мы назвали «сплетня в настоящей семье». Мы спрашивали себя: какая разница между вопросом о человеке, обращенном к нему самому, и вопросом к нему же о взаимоотношениях двух других людей? Мы удивлялись — почему второй, триадный, вопрос лучше, чем диадный?

Хоффман. Почему вы думаете, что он лучше?

Босколо. Потому что это метавопрос — вы запрашиваете информацию о коммуникациях, вместо того чтобы получать ее напрямую. Вы говорите: «Как вы думаете, эти люди живут друг с другом? Как вы думаете, они борются друг с другом?» Вы спрашиваете о борьбе как о коммуникации в системе взаимоотношений.

Хоффман. Вопрос «Как вы думаете, почему эти двое так себя ведут?» отличается от вопроса «Почему вы так себя ведете?»

Чеккин. Да, к тому же нам интересно, как вы определяете проблему. То, как вы сообщаете о своей проблеме, гораздо важнее, чем сама проблема.



Врачи-психотерапевты демонстрируют тип супружеских отношений «только ты» (Сатир В., 1988)

Босколо. Главная идея Бейтсона заключалась в том, что информация — это различие. Вы пытаетесь найти как можно больше различий в семье, выявить больше значимых взаимосвязей из имеющихся у вас данных. Вы спрашиваете о различиях во времени, в уровнях общения, в точках зрения.

Хоффман. Вы начинаете с вопросов о связях, а затем переходите к вопросам о различиях: «больше или меньше», «до или после».

Босколо. Да, мы используем классификационные (шкальные) вопросы.

Чеккин. Бейтсон верил, что мир — это мир коммуникаций. Это первое, что мы говорим студентам. Если вы воспринимаете все вокруг как информацию, вы избавляетесь от многих бед. Брак — это информация, болезнь — информация; инцест, рак, смерть — все это информация.

Хоффман. Иными словами, по содержанию нет ни позитивной, ни негативной информации.

Чеккин. Это правильно.

Эффективность/неэффективность родителей в браке

Палаццоли (*возвращаясь к вопросу о том, от какого ребенка, кроме Джона, можно было бы ожидать подобных симптомов*). А каково мнение матери? Тот же вопрос: для отца это мог бы быть Джон и, возможно, Донна, а для вас?

Мать. Я, наверное, соглашусь с ним, никто не приходит мне больше в голову, а Донна наиболее ранима и эмоциональна. У нее глаза всегда на мокром месте. Если она смотрит по телевизору или где-то что-нибудь печальное, она всегда...



Врачи-психотерапевты демонстрируют тип супружеских отношений «идеальный американский брак» (Сатир В., 1988).

Палаццоли. И Джон тоже всегда был эмоциональным, даже когда был ребенком, всегда был чувствителен?

Мать. Да, да.

Палаццоли. Миссис У., вы сказали, что Джон и Донна наиболее эмоциональны и чувствительны. Они унаследовали эти черты от вас или от своего отца?

Мать. Видите ли, как у моего мужа, так и у меня это уже второй брак.

Чеккин. То есть вы были женаты до этого?

Отец. Да.

Чеккин. Вы имеете детей от первого брака?

Отец. Да, эти двое — они (Донна и Дебора) мои. Ее трое (Гарри, Джон и Барбара), и все пятеро — наши.

Чеккин. Первые трое детей — Гарри, Джон и Барбара — это дети от первого брака матери.

Палаццоли. Вы — мачеха...

Мать. Этих двух — Донну и Дебору — я удочерила.

Отец. Это было очень неудобно в школе, и я позволил им выбрать. Я вместе с ними это обсудил, и все они захотели взять мое имя. Гарри сейчас восемнадцать, и он может изменить имя.

Чеккин. Кто-нибудь из вас троих поддерживает отношения с вашим настоящим отцом?

Гарри. Очень редко.

Джон. По крайней мере, время от времени.

Чеккин. Приезжаете ли вы к нему? Поддерживаете ли отношения? Видите ли его?



Врачи-психотерапевты демонстрируют тип супружеских отношений «гармоничный брак» (Эйдемиллер Э. Г., 1988).

Барбара. Мы навещали его.

Чеккин. Все вместе или каждый отдельно?

Гарри. Когда я бываю в городе, я к нему заглядываю.

Чеккин. Насколько это далеко от вас?

Гарри. Двадцать шесть миль.

Чеккин. Таким образом, ты взял на себя инициативу посещать его. А если один из вас также захочет его навестить, ты поедешь?

Гарри. Да.

Чеккин. Он женат?

Барбара. Нет.

Чеккин. Он живет один?

Отец. Нет, в неофициальном браке.

Мать. И у нее двое детей. Она была замужем до этого.

Чеккин. Кто из вас троих чаще всего заходит к отцу? (*Босколо позвонил, и это означало, что Палаццоли и Чеккин должны были выйти.*) Я должен вам объяснить, что двое наших коллег находятся за зеркалом, и когда у них возникают вопросы по поводу того, что здесь происходит, они звонят, чтобы высказать свои предложения. Кто чаще ходит к нему?

Донна. Если они едут в город в магазин, то забегают к нему минут на пять.

Джон. Периодически мы навещаем его.

Палаццоли (*к Гарри*). Когда ты последний раз видел своего отца?

Гарри. Этим летом. В июле.

Палаццоли. Была ли эта встреча приятной?

Гарри. Барбара приехала на две недели раньше нас в летний дом. И я с Джоном приехал, но мы не были в одном доме вместе с ним, поэтому мы не так часто виделись.

Палаццоли. Был ли он любезен с вами?

Гарри. Он дает нам деньги и вещи.

Барбара. Это попытка купить нашу любовь.

Палаццоли. Такая же ситуация и у вас?

Отец. Я не вижусь с их матерью.

Донна. Точно такая же. Она пытается дать деньги или заставить нас взять какие-то вещи.

Чеккин. Вы чувствуете, что причините ей боль, если не возьмете?

Донна. Да. Я думаю, это фальшиво.

Чеккин. Когда вы перестали видеть ее?

Донна. Около двух лет назад. Она перестала встречаться с нами около двух лет назад, но когда наша мачеха решила удочерить нас, она решила увидеться с нами, как только узнала об этом.

Чеккин. Она решила встретиться с вами, как только вы были удочерены?

Донна. Нет, вскоре после того, как она узнала об этом. Мачеха захотела удочерить нас, и тогда мать стала встречаться с нами.

Отец. Мы сохраняем их права, хотя это дети мои и моей жены, все они — наши дети, и если они хотят видеть своих настоящих родителей, мы не препятствуем этому. Мы никогда им не говорили: «Вы не должны видеть их» и не начинали вести войну. Они их дети тоже. И если они хотят их видеть — это правильно.

Чеккин. Но вы сказали, что последние два-три года они не видели свою мать. Это потому, что они решили не встречаться с ней?

Отец. Нет, нет, дело в их матери. Она не видела своих детей до тех пор... ну, мы два года жили отдельно до того времени, когда я предложил ей развестись. Она не хотела видеть их, пока я не предложил ей развод, и сразу после этого она опять захотела их видеть.

Чеккин. То есть она начала проявлять интерес после того, как вы предложили ей развестись.

Отец. Потому что суд присудил мне опеку над ними.

Мать. Она говорила моему мужу, что он может получить опеку над детьми надолго, если оставит ей автомобиль. (*Палаццоли и Чеккин вышли проконсультироваться с Босколо и Прата.*)

Обсуждение

Чеккин. Возникает ощущение, что эти родители обесценили свои предыдущие браки. Бывшая жена отца, по их словам, предпочитает детям автомобиль, а бывший муж матери — фальшивый. Когда-то эти двое имели плохие браки, но теперь у них хороший брак. Таким образом, они должны быть очень близки друг другу, и скорее разделятся их дети, чем они продемонстрируют отсутствие единства. Если дети будут очень близки друг другу, родители, возможно, не будут знать, что делать.

Хоффман. Вы думаете, причина болезни Джона в том, что он был исключен из системы?

Чеккин. Нет, само по себе это не может сделать кого-либо сумасшедшим. Возможно, он был тем, кто совершил определенный ритуал, чтобы сохранить всех вместе.

Разделение братьев

(*Чеккин и Палаццоли вернулись в комнату.*)

Чеккин. Наши коллеги думали о проблеме, которая заключается в том, что Джон и Гарри были когда-то близки друг другу, делали очень много вещей вместе, проводили вместе время, но сейчас они, возможно, не так близки друг другу как раньше.

Гарри. Действительно нет. Мы не так близки друг другу, как до этого.

Чеккин. Итак, было время, когда вы были близки друг другу?

Гарри. Да.

Чеккин. Когда это было?

Гарри. Мы всегда были очень близки друг другу. (*Девочки смеются.*)

Чеккин. Вас, мальчиков, только двое, вы должны были много бывать вместе. Кто был наиболее престижным из вас в семье? Было ли между вами соперничество, как это часто бывает между братьями?

Гарри. Я думаю, что я, потому что я старше.

Чеккин. Всегда ли вы дружили друг с другом и исключали сестру? У вас одна родная сестра? Пытались ли вы исключить ее из своих отношений? Барбара?

Гарри. Я не знаю, я не уверен. Я не помню, делали мы это или нет.

Чеккин. Когда Барбара стала такой значительной?

Гарри. Может быть, когда она пошла в высшую школу.

Чеккин (*к Джону*). Ты помнишь, когда она стала такой значительной?

Джон. В то время, когда мы были в высшей школе.

Чеккин. Вы уже были в высшей школе, когда она пришла в нее и стала очень популярной? Стояла ли она какое-то время между вами?

Джон. Я не знаю.

Обсуждение

Хоффман. Что вы думаете сейчас?

Чеккин. Мы спрашиваем: почему, вместо того чтобы становиться все более близкими друг другу, двое мальчиков разделяются? Один идет работать, а другой — в школу.

Босколо. Мы также видим, что новый мужчина пришел в семью и сел точно в центре. Мы видим трех членов семьи с левой стороны от него и трех — с правой. Мать очень привязана к этому мужчине, он патриарх. После того как этот патриарх пришел в семью, Барбара стала очень значительной, а два брата были смещены.

Босколо. Новый мужчина стал главным мужчиной, а женщины его окружают. Молодые мужчины оказались вытесненными, и у них мало возможностей вернуть себе престиж.

Хоффман. Но никто не был вытеснен до тех пор, пока Гарри не уехал, и так это продолжалось долго, пока мальчики оставались вместе.

Чеккин. Это особенно трудно было для Джона, потому что Гарри не только уехал, но и стал близок Барбаре, которая раньше была ближе к Джону. А Барбара наиболее уважаемая женщина в семье, даже мать и отец прислушиваются к ее советам. Таким образом, Джон потерял как значимую сестру, так и значимого брата.

Хоффман. Если так рассматривать ситуацию, то он потерял все в своей семье. Его мать сидит у ног его нового отца. Его сестра похожа на вторую жену. Гарри уехал. И он не может соединиться с маленькими девочками, потому что они принадлежат отцу. Отец дал всем свое имя и не позволил существовать двум семьям, даже помня о том, что они когда-то жили отдельно. Когда он сказал «все пятеро — наши», на самом деле это означало «теперь вы все мои».

Пенн. Да, в этой единой системе есть что-то труднопереносимое для обоих молодых мужчин. Уход Гарри означал, что ему не было уже так комфортно. Как будто существует негласное соглашение между родителями, что три девочки нуждаются в заботе и его отец — это отец для всех. Мать сказала: «Мне трудно быть хорошей матерью для Деборы и Донны», но отец не сказал: «Мне было трудно быть хорошим отцом для Джона и Гарри». Мужчины кажутся очень слабыми. Не было никаких семейных правил, которые бы защитили их. Таким образом, для них существовал риск, а для девочек нет.

Босколо. Возможно, такая сильная взаимосвязь между мальчиками существовала потому, что их родной отец выглядел таким плохим и отрицательным. Эти два брата держались вместе, чтобы защищать мать, а теперь в них не нуждались.

Принесение детей в жертву

Чеккин. Вас было трое, и затем к семье присоединились еще две девочки. Если бы в семье были только девочки, как бы они себя почувствовали после того, как добавились еще две девочки?

Барбара. Я хотела иметь больше сестер. Я никогда не думала, что я их получу (*смеется*).

Мать. Раньше мои дети не слушали меня, они не уважали меня, потому что мой бывший муж говорил им: «Не слушайте ее, она сумасшедшая!» Соответственно если я их учила чему-нибудь, они игнорировали меня. Я помню, в самом начале, когда все дети были вместе с нами, эти два мальчика баловались, и я хотела их осадить, а мой нынешний муж сказал: «Слушайтесь вашу мать». Они не послушались, тогда он остановил машину и отшлепал их. Я не возражала, так как он сказал, что если я не хочу, чтобы наши отношения прервались, все дети должны быть нашими детьми — не его или моими. Соответственно мы с ними всегда обращались как с нашими общими детьми.

Чеккин. Ваш первый муж говорил им, чтобы они не слушались вас, и таким образом дисквалифицировал вас как родителя. Кто из детей получил выгоду от такой вашей позиции?

Мать. Ну, они были еще совсем маленькими в то время.

Чеккин. Ваш нынешний муж сказал им, что они должны слушаться вас?

Мать. О да, он определенно дал мне более высокий статус.

Отец. Если она с чем-нибудь не соглашалась в это время, то могла свободно об этом сказать, но где-то в стороне от детей, и мы могли бы это обсудить. Если я был не прав, я бы вернулся и извинился перед детьми... если бы она смогла обоснованно доказать мне, почему я не прав.

Обсуждение

Чеккин. Первый, родной, отец сказал детям, что их мать ненормальная и ее не стоит воспринимать серьезно. Их новый отец сказал: «Слушайтесь вашу мать». Мальчик был в настоящем замешательстве из-за своей позиции по отношению к матери и из-за того, что не знал, с кем он должен согласиться. Возможно, он пытался угодить обеим позициям.

Пенн. Я считаю, что «наши дети» означало, что они должны воспитываться так, как этого хочет отец. Если это так, то мальчики должны были почувствовать, что их мать больше не заступается за них и что никто не заступается за них.

Хоффман. Правильно. Помните, мать сказала: «Если бы я запротестовала (против шлепанья), это означало бы конец наших взаимоотношений».

Чеккин. Это только ее посылка. Возможно, что из желания сохранить взаимоотношения мать отдала отцу на откуп контроль за дисциплиной мальчиков. Мальчики могли чувствовать не только разрыв во взаимоотношениях, но и то, что мать отдала их этому мужчине, который их наказывает.

Босколо. Способ воспитания детей теперь полностью определялся новым мужем. Дети должны были быть принесены в жертву из-за нежелания жертвовать супружескими отношениями. Когда мальчики были вместе, они могли выдержать это, но поодиночке для них это было невыносимо.

Пенн. Я думаю, Джон чувствовал замешательство от этих заявлений. Слова отца вовсе не означали «слушайся свою мать», они означали «ты должен слушаться меня, и она должна слушаться меня». По сути, это снова дисквалифицировало мать как родителя. Возможно, чтобы защитить ее, он стал действовать как ненормальный. На самом деле это была та же этикетка, которую использовали против матери в прошлом.

Босколо. Мать поставила отца в очень могущественную позицию. Она могла бояться, что потеряет этот брак, если даст ему только часть власти. Возможно, что Джон хотел исправить ситуацию, но это было очень опасно для него теперь, когда Гарри уехал.

Хоффман. Он может быть тайным агентом матери, у которой в определенных случаях также может возникать чувство протеста, но она не может выразить его.

Чеккин. Очень трудно бороться с тем, кто такой серьезный, такой значительный и способный всем помочь. Джон нуждался в защите от этого мужчины, но не знал, как это сделать. Это было легко с родным отцом, так как он был плохим и мальчик мог бороться с ним.

Семейный миф

Палаццоли. Как вел себя с Джоном ваш бывший муж, когда Джон был маленький?

Мать. Я помню, как однажды моя кузина порвала на спине моего бывшего мужа рубашку, потому что... Я думаю, он алкоголик. Он мог дать пивную кружку в руку Джону и заставлять держать ее до тех пор, пока тот не заплачет. Моя кузина сказала: «Не делай этого больше». Но муж ответил: «Это мой ребенок, и если я захочу, то могу это делать». Она сказала: «Нет, пока я здесь». Но он сделал это снова. И помню, когда он возвращался домой в два часа ночи после танцев и ругался со мной, я говорила ему: «Ты разбудишь детей». А он говорил: «Я разбужу их» и срывал их с постели и сбрасывал на пол. (*Начинает плакать.*) Он делал такие вещи — мучил домашних животных, детей. Он пытался утопить их котят, вообще он делал ужасные вещи. Во всяком случае, доктор велел мне уйти из дома, чтобы не сойти с ума.

Чеккин. Доктор велел вам уйти? Ради вашей собственной безопасности покинуть дом?

Отец. Она могла бы покончить с собой. Например, он курил сигарету и сказал ей, чтобы она затянулась, но она сказала: «Я не хочу», и тогда он ударил ее в лицо.

Мать. На самом деле мы никогда не говорили детям о том, что он делал. Но из того, что говорила мне Барбара, я поняла, что он вряд ли изменился.

Чеккин (*Барбаре*). Ты говорила, что всегда была близка своему отцу и он был близок к тебе?

Барбара. Это было так, потому что он баловал меня. Я думаю, что я действительно хотела во многом походить на него. Но этим летом мне не хотелось видеть его. Я думаю, это связано с тем, что я наконец поняла, на кого он похож на самом деле.

Мать. Он был таким типом человека... пока вы не познакомились с ним близко, вы никогда бы не поверили, потому что он умел делать всякие волшебные фокусы, обладал большим чувством юмора и всегда был душой компании. Но, когда мы возвращались домой (*она кусает пальцы*), он был совершенно другим человеком. Так что окружающие не знали, что происходит на самом деле.

Чеккин. Барбара, ты сказала, что в конце концов разобралась, кто он был? И больше ты его не видела?

Барбара. Он пришел домой, когда мы были наверху в летнем домике, и стал меня проклинать за что-то, за то, что я что-то сказала. Я была взбешена, потому что он был пьян и, как только зашел домой, стал меня проклинать за что-то, чего я никогда не делала.

Мать. Когда его мама нянчилась с детьми, мы пришли домой и застали ее спящей на диване. Он, когда проходил мимо, ударил ее по лицу, а она закричала на него: «Убирайся отсюда, сукин сын!» Вот такой он весь. Такая его мать, и такой он.

Обсуждение

Босколо. У меня создалось впечатление, что эта семья изобрела свою собственную историю. Мы очень часто говорим о создании историй — мифов, в ко-

торых нуждается семья. Вы можете увидеть семейную историю другой, если хотите. Мать сказала, что ее первый муж плохо обращался с ней, она также сказала, что ее дети плохо обращались с ней и Барбара тоже была на стороне отца. Когда они разошлись, дети пошли вместе с матерью. Теперь мать рассказывает, каким ужасным был их отец, и ее нынешний муж говорит, какой ужасной была его первая жена. Они в такой манере рисуют прошлое, чтобы продемонстрировать что-то в настоящем.

Хоффман. А как насчет попытки утопить котят?

Босколо. Да, это демонстрация того, каким муж был жестоким и ненормальным. Мать рассказывала эту историю, чтобы объяснить, каким был муж, но это также и путь создания семейного мифа. Вы могли наблюдать детей, когда они говорили о своем родном отце. Они сказали, что он ненормальный. И отец детей согласился, что их родная мать была ужасной. Время от времени дети нам давали информацию, что у них есть конфликт с мифом. Но этот миф — как смирительная рубашка, он создает ригидный способ оценки прошлого и настоящего.

Хоффман. Как он, по вашему представлению, влияет на настоящее?

Босколо. Во-первых, в семье для детей нет гибкой возможности позитивно думать о других родителях.

Хоффман. Или плохо думать о настоящих родителях.

Босколо. Да. Вот почему я думаю, что миф такого сорта может быть связан с психозом. Обычно психотик — тот, кто не может принять миф. Я сейчас предполагаю, что единственный путь выразить свое неверие в подобный миф — это стать сумасшедшим. Сильный миф постоянно воссоздает прошлое очень ригидным способом.

Чеккин. Часть информации, которую сообщила о первом муже мать, возможно, является правдой. Часть может быть неправдой. Но этой новой семье необходимо верить в то, что он был полностью плохой и ненормальный и что первая жена отца была ужасной. Этот миф ограничивает возможности членов семьи постичь более сложную реальность. Они всегда думают только о белом и черном, причем черное (плохое) всегда находится снаружи, а белое — всегда внутри.

Босколо. Используя термин «миф», вы двигаетесь к более абстрактному уровню, чем триадное объяснение. Например, вы можете сказать, что мать боялась того, что муж может почувствовать, что она не слишком близка ему, и поэтому она отталкивает Джона. Такой вид объяснения — это один уровень. Но поднявшись на более высокий уровень — уровень мифа, очень по-разному видится покорность матери и патриархальные отношения с отцом. Миф дает им ключ к пониманию, как им вести себя, чтобы не создать такой семьи, какая была у них в прошлом. Миф — это смирительная рубашка — в том смысле, что он предписывает каждому из них специфическое поведение.

Пенн. Этот мальчик реально изменил миф.

Босколо. Когда существует такой миф, как этот, я думаю, очень трудно что-либо изменить. В этой точке кто-то должен сломаться, и когда это происходит, мы имеем дело с психозом.

Смешение акцентов (продолжение сессии)

Чеккин. Теперь я хочу спросить Джона: как ты видишь ситуацию? Как ты видишь тот эпизод, который испугал всех в сентябре? Ты поступил в больницу, и был установлен диагноз: психическое заболевание. Как ты понимаешь ситуацию сейчас?

Джон. Я не знаю.

Чеккин. Ты не уверен. Чувствуешь ли ты себя вне ситуации?

Джон. Я не знаю.

Палаццоли. Ты пошел в школу и справлялся довольно неплохо?

Джон. Довольно неплохо.

Палаццоли. Продолжал ли ты иногда показывать желание поплакать?

Джон. На самом деле мне не надо этого, нет, на самом деле, на самом деле, на самом деле.

Чеккин. Сейчас мы обсудим это с нашими коллегами за зеркалом. (*Палаццоли и Чеккин уходят.*)

Обсуждение

Хоффман. Два вопроса: во-первых, почему вы именно сейчас изменили тему? Во-вторых, в чем секрет решения сделать перерыв в обсуждении?

Чеккин. Отвечаю на ваш первый вопрос. Моя идея была в том, чтобы предложить сместить акценты. Важно было дать понять следующее: «Твой отец испугал всех, пытаясь утопить котят, но ты, такой хороший, тоже испугал всех, поместив себя в больницу». Между прочим, моя попытка предложить семье различные идеи полностью провалилась, и кроме того, я почувствовал, что и мои партнеры не следуют по моему пути. Что касается меня, то я не понял, почему Палаццоли спрашивала мальчика о его плаче, поэтому я решил прерваться: перерыв — это наиболее подходящее решение, когда команда дезорганизована и растеряна.

Дискуссия в команде

Палаццоли. В начале встречи мы были очень откровенны, мы беседовали. У нас была такая семейная встреча, мы говорили очень много, но никто не был откровенен, потому что, по-моему, у этой семьи есть правило — «мы должны быть единой семьей». Каждый очень тщательно проявлял очевидно хорошие взаимоотношения, но я не уверена, что на самом деле они так хороши, и нормальны, и так ясны, как они это говорят. Две девочки, у которых была явно ужасная мать, находят эту женщину и создают с ней хорошие взаимоотношения, но, по моему мнению (я не понимаю всего), у них очень поверхностные отношения с этой женщиной. Более важны здесь взаимоотношения с отцом, потому что отец своими поступками вводит в заблуждение. Когда мать начала плакать, думая о своем ужасном муже, отец в этот момент выглядел как настоящий Бог. Спаситель приехал в семью, спасает всех.

Босколо. Я вижу это немного по-другому. Я вижу патологический миф в семье, который состоит в следующем: двое родителей имели раньше очень плохих супругов. Он говорит о своей жене, что она была ненормальной, и она гово-

рит о своем муже, что он был ненормальным. И вот, когда они встретились друг с другом, они создали миф, который для жены таков: если ты будешь хорошим отцом моим детям, ты будешь хорошим мужем для меня; а для мужа: если ты будешь хорошей матерью моим детям, ты будешь хорошей женой для меня. Дети помимо своей воли оказываются в ситуации, когда все их поведение должно поддерживать семейный миф, потому что если они будут непослушными, то миф разрушится. Поэтому каждый родитель говорит о другом в реципрокной манере: «Ты должен быть лучшим». Брак представляется союзом близких и нашедших друг друга идеальных партнеров. Из-за того, что они стремятся быть идеальными супругами, их дети должны демонстрировать поведение, подтверждающее миф, и это очень патологическая ситуация.

Палаццоли. Очень патологическая.

Чеккин. Это не совсем миф, это разновидность проекта, ожидания. Например, отец говорит: «Я имел ужасную жену». Таким образом он принуждает жену быть хорошей матерью. Но дети находятся в трудной ситуации, потому что они должны показывать, что она хорошая мать. И мать имела ужасного мужа, который был непереносим для ее детей. И теперь она говорит мужу: «Ты должен быть совершенным отцом». А как быть совершенным отцом? Только если дети будут совершенны. Теперь дети должны делать все, чтобы поддерживать эти ожидания родителей, подтверждать их. И кто наиболее успешен в этом? Барбара успешна, Гарри успешен. Все успешны, кроме этого мальчика, Джона. Не имеет значения, что именно он делает, — он не способен быть успешным, потому что если он будет слушаться, то будет это делать чрезмерно, а если не будет — то будет очень взвинченным — такой нервный характер. Он ничего не может делать хорошо.

Палаццоли. Итак, что мы имеем сейчас? Он — единственная здоровая точка в этой семье; только он стал сумасшедшим, потому что он свободен, но не совершенен.

Чеккин. Он — единственный, кто смог разрушить миф.

Босколо. Это ужасный миф. Дети должны быть совершенны. Они не могут иметь взаимоотношений между собой и не могут покинуть эту систему. Дети должны быть совершенными для того, чтобы родители могли верить в то, что они идеальная пара.

Палаццоли. Это правда, и вы можете трактовать поведение Джона позитивно, потому что он пойман в капкан — в ужасный миф: «каждый супруг является совершенным родителем».

Босколо. А почему вы не думаете о том, чтобы собрать детей вместе? Например, раз в месяц они могут встречаться на несколько минут и будут беседовать друг с другом и обсуждать: каким образом сохранить миф, чтобы мать продолжала чувствовать себя хорошей матерью, а отец — хорошим отцом? Родители не должны спрашивать, какие выводы они сделают.

Палаццоли. Объясните детали более подробно.

Босколо. С самого начала сессии обнаружилось, что один из членов семьи не воспринимается как хороший. Для того чтобы Джону перестать считаться шизофреником (в этой семье этикетка шизофреника сплотила бы семью

вместе, чтобы ему помогать), он должен уйти с позиции больного и отличного от других. Он должен использоваться вместе с другими детьми для помощи родителям.

Палаццоли. Да, я с тобой согласна. (*Все разговаривают.*)

Босколо. Но они должны будут встречаться, чтобы поддерживать миф разными способами: Гарри и Барбара — уверяя их, что они совершенные родители, Джон и Донна, а может быть, и Дебора — давая им повод чем-нибудь озаботиться, с чем-нибудь бороться и т. д.

Прата. Почему ты не позволишь им найти что-нибудь для себя? Скажи им, что делать.

Босколо. Дети должны продолжать поддерживать родительский миф. Сейчас мы им пропишем встречаться раз в месяц, до тех пор пока они не почувствуют, что эти встречи излишни — пока они не получат послание от родителей, что они больше не нуждаются в этом мифе.

Палаццоли. Точно. Не оставайтесь вместе, но поддерживайте миф.

Босколо. Потому что они действительно имеют печальный опыт.

Прата. Таким образом, это очень эмпатичный путь, и пока он будет работать, дети не должны сюда звонить. Если это не сработает, они могут позвонить.

Палаццоли (*как бы обращаясь к семье*). Я хочу рассказать историю. Мы видим эту семью... и после первой встречи и обсуждения мы представляем ужасную историю — о вас, мистер У., потому что у вас была ужасная мать ваших детей; и о вас, миссис У., потому что у вас был ужасный отец ваших детей. Теперь у вас второй брак, и вы создали очень важный миф, очень необходимый: «Я — миссис У., вышла замуж за совершенного отца для своих детей; а я, мистер У., женился на совершенной матери для своих детей». И сейчас мы видим, что все ваши дети делают все, что могут, разными способами, чтобы поддержать этот миф. Гарри и Барбара — это совершенство и удовлетворение. Другие дают вам озабоченность, социальную заботу, психотерапию и т. д. Ваши дети должны встречаться каждые пятнадцать дней, чтобы решать, каким способом им продолжать поддерживать этот миф. (*Все одновременно начали говорить.*)

Босколо. Когда вы закончите, я повернусь к детям, ко всем пятерым, и скажу: «Вы должны встречаться раз в неделю на полчаса или час».

Прата. «Это обязательно».

Босколо. «И говорить между собой...»

Чеккин. «Без родителей...»

Босколо. Да, и сказать, как они помогают матери быть лучшей матерью для...

Чеккин. Как насчет лечения? Мы забыли о лечении.

Прата. Нет. Если вы успешны в поддержании этого мифа, психотерапия не обязательна...

Чеккин. Это непонятно...

Палаццоли. Это проблема. Обрезать полностью отношения с этим институтом? Нет, это нехорошо.

Босколо. Я бы начал вмешательство с того, что сказал им о том, почему они находятся сейчас здесь, и объяснил им, что хотя Джон — причина того, что они здесь, это мог быть любой из них. «В этот момент мы спрашиваем: может

ли Донна, или Гарри, или кто-либо из детей иметь проблемы? Мы задаем этот вопрос, потому что фактически один из ваших детей имеет проблему». Таким образом вы ставите всех детей на один уровень. «В этот момент для нас знаком является Джон» — и дальше вы даете комментарии о мифе.

Чеккин. Но этот миф очень нестабилен. «Если вы видите, что не достигаете успеха, вы должны вернуться».

Прата. Таким образом, раз в месяц, на полчаса или час, по понедельникам.

Палаццоли. «Кто-нибудь из вас может позвонить лично». Они должны иметь кого-нибудь, кого бы они здесь знали.

Прата. «Если вы достигнете успеха, ваша семья не будет нуждаться в Джоне. Если нет, то позвоните сюда».

Палаццоли. Да. (*Команда собирается уходить.*)

Финальное вмешательство

(*Семья вернулась. Босколо и Прата уходят, оставляя в комнате Палаццоли и Чеккина.*)

Палаццоли (*семье*). Итак, я хочу сообщить вам заключение нашей команды о существующей в семье ситуации и о том, что мы видели.

То, что мы наблюдали в течение сеансов, — это печальные и трагические вещи. Мать и отец пережили разочарование в своих предыдущих браках — и у вас, миссис У., был ужасный опыт с отцом ваших детей, и у вас, мистер У., была очень плохая мать ваших детей. И вот вы, миссис У., вышли замуж, приняв очень сильное решение — предоставить детям хорошего отца, а вы, мистер У., решили дать детям хорошую мать, и вы добились успеха. Я уверена, и вся команда тоже уверена, что это очень важно для ваших детей. Но наиболее важно для вас — это не забывать, что до этого вы имели очень негативный, очень трагический, очень драматический опыт. Я думаю, что ваши дети, все пятеро, делают очень много, чтобы поддержать это убеждение, этот миф. Это очень важный миф — миф для ваших родителей. Что вы самыми разными способами делаете для того, чтобы поддержать этот миф, это убеждение? Например, Гарри и Барбара поддерживают этот миф примерным поведением: они очень успешны и примерны в школе. Таким образом, мать может думать: «Я дала очень хорошего отца моим детям Гарри и Барбаре», и отец может думать точно так же. Донна и Джон делают то же, но в другой манере: давая родителям возможность беспокоиться, что-то делать для детей, так чтобы быть прекрасными, очень хорошими родителями. Дебора сейчас маленькая, но, может быть, в будущем она выберет, какой ей быть, примерной или проблемной. Вы можете выбирать то, что вы хотите. Это очень важно — то, что вы делаете для своих родителей. Поэтому мы думаем, что психотерапия не обязательна в настоящее время. По нашему мнению, это не обязательно, потому что дети делают все необходимое для вашего мифа: придают значение, ценность вашей жизни. Но мы просим только об одной небольшой вещи. Я обращаюсь к братьям и сестрам: встречайтесь вместе раз в неделю или раз в две недели, в то время, которое вы выберете, и, оставаясь вместе, обсуждайте, как вам продолжать эту работу, которую вы делаете сейчас. И хорошо, чтобы вы продолжали делать это, пока не

добьетесь успеха. Но если в будущем у вас сложится впечатление, что что-то не получается, вам надо будет позвонить сюда и попросить помощи, если вы поймете, что вам не удается поддерживать эту очень понятную потребность родителей. Итак, я закончила, и это наш вывод. (*В семье шепот, бормотание. Кто-то сказал: «Хорошо».*)

Чеккин. Вам понятно, что пятеро детей должны собираться вместе без родителей? Родители не должны присутствовать, потому что это проблема для вас пятерых: оцените, успешны вы или нет. И это должно происходить в то время, когда родителей не будет дома. Вероятно, вы даже не должны рассказывать им о том, что у вас происходило. Если вы захотите, то это возможно, но мы предполагаем, что вы не захотите. Вы должны оставить это при себе. Джон, ты должен взять на себя ответственность и созваниваться с другими время от времени.

Джон. Да, хорошо.

Палаццоли. Да.

Чеккин. Хорошо, на этом мы закончим. (*Все прощаются. Джон подошел к Палаццоли и обнял ее.*)

Обсуждение

Чеккин. Когда мы рассматриваем вмешательство, мы должны понять ту логику, которая будет применена к семье. Содержание вмешательства может быть сумасшедшим, но формально оно должно иметь логику. И мы можем спекулировать тем, что логика вмешательства будет направлена к левому полушарию семьи (если вам нравится рассуждать в такой манере), а сумасшедшая часть будет обращена к правому полушарию.

Босколо. Другой путь — находить посылку и применять ее. Например, есть сумасшедшая идея, что люди должны быть совершенными, — мы должны создать такую логику при этом, чтобы все в семье было связано этой посылкой. Мы должны сделать все логичным, исходя из посылки о совершенстве, которую мы инкорпорируем в миф совершенных родителей и совершенных детей. Согласно этой посылке, родители нуждаются в детях — подразумевается, что дети никогда не покинут дом, логично, что один из детей должен сойти с ума, понятно, что психотерапия бесполезна. Вы можете, конечно, сказать, что эта посылка противоречит логике и здравому смыслу, что дети должны быть хорошими, психотерапия должна помогать и т. п. Но мы только включили логику, объясняющую поведение семьи при условиях этой посылки.

Чеккин. Сейчас мы можем понять, что логика так называемого парадоксального вмешательства ясна, строга и обязательна — оно ведет себя как ген, организующий структуру клетки.

Пенн. Изменение посылки создаст реакцию карточного домика: все старое поведение рухнет, как свергнутый режим.

Хоффман. Бейтсон говорил об экономии гибкости в адаптивных системах, он говорил о том, что вы должны иметь ригидные посылки, автоматические, лежащие ниже уровня осознания. Изменить их — все равно что повернуть главный переключатель.

Чеккин. Да. Лучшие изменения в процессе семейной психотерапии возникают, когда вы успешны на уровне глубоких посылок.

Босколо. Наилучшим вмешательством в данной семье было бы изменение посылки. Мы могли бы сказать: «Мы понимаем, почему родители создали этот миф о необходимости быть совершенными. Они живут с этим мифом, потому что они очень много страдали. Но сейчас мы видим, что он уже не нужен. Возможно, два или три года уйдет, чтобы они избавились от этого мифа и забыли своих бывших супругов, и до этого момента дети должны встречаться друг с другом, чтобы обсуждать, как они могут помочь родителям».

Хоффман. Собираетесь ли вы следить за катамнезом этой семьи?

Чеккин. Насколько мы понимаем, они не вернутся в клинику. Мы берем на себя ответственность за то, что семья справится с кризисом без дальнейшей психотерапии.

Хоффман. Но если они все-таки вернутся, будет ли у вас чувство, что вы недостаточно хорошо поработали?

Чеккин. Нет. Мы заложили основу равновесной ситуации — если семья не придет, то это будет лучший результат, но если даже она придет — это тоже было условием вмешательства.

Работа котерапевтов Э. Г. Эйдемиллер и Н. В. Александровой на сеансе системной семейной психотерапии

Наконец, в качестве последней иллюстрации этой темы приводим краткое описание сеанса семейной системной психотерапии Э. Г. Эйдемиллера и Н. В. Александровой.

На сеанс пришли:

- Константин Александрович, 10 лет, 5-й класс — так представился мальчик;
- мать — татарка, отец — русский (есть еще сын 23 лет, на сеансе отсутствует).

Всего было две встречи по инициативе психотерапевта, которая рассказала о своих затруднениях и диагностических размышлениях.

Первая встреча продолжалась 15 минут. Пришли отец, мать и ребенок. Участники расселись следующим образом (рис. 38):

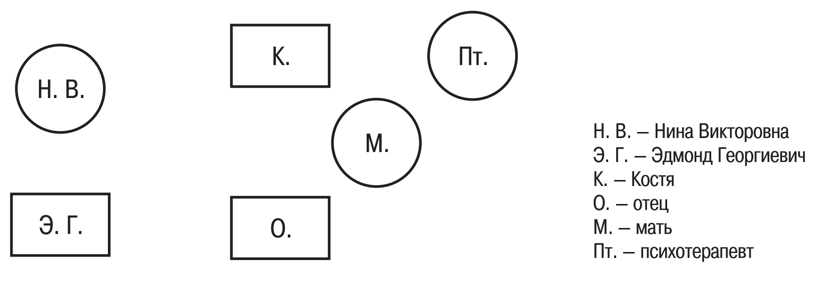


Рис. 38

Познакомились. Мать стала рассказывать, и мальчик во время рассказа принял закрытую позу, потом появились навязчивые движения, хмыканья. Рассказ

матери: такие движения появились около года назад, вскоре после возвращения старшего сына из армии. Сложилось впечатление, что он «дергается», когда не согласен. Мать говорила о нем как о трудном, непослушном, несобранном: не хочет одеваться, поправлять одежду и т. д. Затем стал говорить мальчик: «Учусь неплохо, но учиться стало трудно». На вопрос профессора, хочет ли он консультацию при группе людей, мальчик ответил, что ему будет трудно, но что он потерпит. Отец во время встречи молчал.

Семья вышла. Мать в коридоре заправила сыну рубашку в штаны, как это делают ребенку трех лет. По лестнице мальчик сбегал, радостно прыгая через ступеньку, навязчивости отсутствовали.

Вторая встреча, 2 часа. Рассадка (рис. 39):

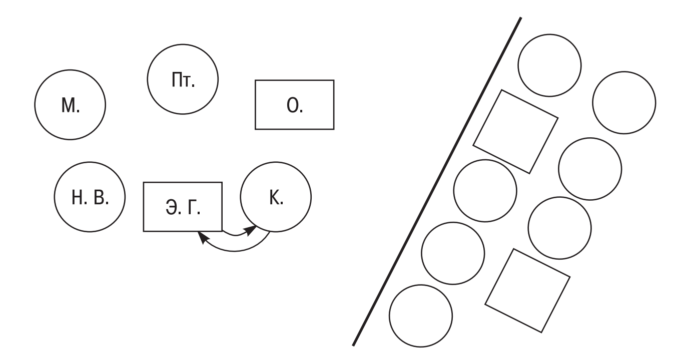


Рис. 39. Семья, психотерапевты и врачи-слушатели

Рассадка произошла в значительной степени по инициативе мальчика (профессор задавал ему вопрос: «Как тебе?» — «Хочу поменяться»).

Вопрос профессора: «Кто будет говорить?» Мать и отец обменялись взглядами, и после этого стал говорить отец: «Не подчиняется требованиям. Не соблюдает технику безопасности. Неужели это так трудно?» Во время рассказа лицо у отца бесстрастное, у матери и у мальчика тоже. С разговора о ребенке постепенно рассказ перешел на отца. Отец — специалист по АСУ. Точный, обязательный, не представляет себе жизни без правил.

Обращение к матери: «А какая вы?»

Мать — «из двух половинок», до брака — веселая, но строгих правил. Выбрала мужа, который соответствовал этим правилам.

Мальчик отца выслушал, а во время рассказа матери стал вмешиваться, рассказывать про себя, вскакивать с места, стремился объяснить все, что касалось его. Появились «дерганья», всхлипывания, крики, «задыхания», «застывания». Двигательный ритуал состоял то из эпизодического напряжения мышц лица, шеи, туловища, то из судорожного движения рукой сверху вниз.

Мать рассказала, что старший сын — послушный, тихий, исполнительный, хорошо учился, но в подростковом возрасте, который совпал с рождением второго сына, стал непослушным — появилась асоциальная компания, не стал поступать в вуз, стал употреблять наркотики. Был призван в армию. В настоящее время говорит: «Как я был не прав, что вас не слушался». Братья живут в одной

комнате. Старший говорит про младшего родителям: «Как вы не можете с ним справиться?»

Костя с самого начала «не такой». Беременность и роды протекали без особенностей. На первом году был очень беспокойным, с трудом засыпал, плохо ел, очень часто болел: ОРВИ, расстроенный стул, дисбактериоз, медленно прибавлял в весе. Мать во всем сравнивала его со старшим сыном и вставала в тупик — Костя с трудом отрывался от матери, в детский сад ходил неохотно, плохо привыкал, играл больше один. Затем пошел в школу, учился посредственно. Кое-как соответствовал правилам. Но в 3-м классе впервые заметили «дерганье». Если пытались остановить, «дерганье» усиливалось. Во время сеанса было обращено внимание, что «тики» — серии движений рукой и головой — и хмыканье появляются, когда мать дает команды: «Съешь яблоко», «Хочешь пить?». После тика может обратиться с той самой просьбой, которую предугадала мать.

В школе ребята замечают «лишние движения» — из-за этого стало меньше друзей. В семье есть мужская коалиция, у них есть общие дела — автомобиль, футбол (у отца в прошлом).

Во время семейной психотерапии был рад действовать — записывать на доске правила семьи, которые были сформулированы в результате обсуждения.

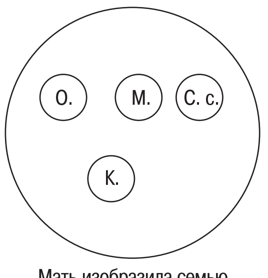
1. Есть правило матери: достижения, успехи — самое важное в жизни.
2. Есть правило отца: точность, аккуратность. «Что скажут люди?»
3. Общее правило: порядок и точность.
4. Навязчивости — способ сказать «нет».
5. Навязчивости — способ получения индульгенции. Мальчика жалеют, снимают нагрузки дома, меньше нагружают по учебе.
6. Навязчивости — способ занять центральное место в семье.
7. В семье не принято говорить о чувствах, и их не проявляют.

Когда мальчик чего-нибудь не знает (боязнь неудачи — напряжение — тревога), появляются навязчивости.

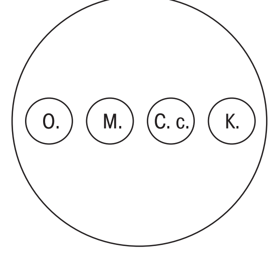
Выяснилось, что мальчику неприятны прикосновения, особенно женских рук.

Рисовать отказался, не стал выполнять тест «семейная социограмма».

При заполнении родителями опросника АСВ были диагностированы шкалы: Г+8, С+, З+ (при первом обследовании). При повторном тестировании через несколько месяцев: Г++, С–, З—. Семейная социограмма приведена на рис. 40.



Мать изобразила семью



Отец изобразил семью

О. – отец
М. – мать
С. С. – старший сын
К. – Костя

Рис. 40

Во время проведения тестирования Костя двигался, не демонстрируя навязчивостей, и был спокойным.

Далее мы перешли к обсуждению планов лечения.

1. Что такое психотерапия?
2. Как общаться?
3. Как стимулировать общение отец–сын на эмоциональном уровне?
4. В чем нуждается мать в мужской семье?

Заключение психотерапевтов

У К. А. на оральной фазе — ОРВ и поносы.

На анальной фазе — подавленная агрессия. Формируется жесткое Суперэго, тревога подкрепляется извне.

В эдиповой фазе — мать не стимулировала интерес сына к себе. Отец не проявил себя как обладатель матери. В мальчике был подавлен интерес к своему телу.

На анальной фазе был сильный контроль матери — начался бунт. Мальчик неопрятен до настоящего времени.

Ритуал похож то на тужение на горшке, то как будто он правой рукой грозит, а левой лезет в штаны. Известно, что мать карала, если он касался пениса.

Набор семейных правил своей окаменелостью, тяжестью напоминает либо сетку с камнями, которую члены семьи несут по жизни, либо окаменелые экскременты.

В связи с этим в дальнейшем следует выяснить, как в семье поддерживают чистоту, как выглядит туалет, где находится ручка унитаза и как осуществляется спуск воды.

Следующая мысль: что можно назвать ресурсом семьи и был ли осуществлен поиск его во время психотерапии?

Мы узнали, что мать раньше была веселая и что отец много времени посвящал физической культуре и заботе о своем теле. Но мы еще не знаем, как К. А. функционирует во внесемейных институтах.

В качестве аккомодирующих воздействий мы использовали вопросы о том, кто в семье поможет матери, кто сможет проявить интерес к телу и будет его совершенствовать — заниматься бегом и т. д.?

Мы обратили внимание психотерапевта, постоянно работающего с семьей, что расширение возможностей вербализации переживаний в семье, обсуждение и коррекция семейных правил могут стимулировать тревогу у отца и матери.

По завершении сеанса мы не нашли убедительных подтверждений первоначальному диагнозу (болезнь Жиля де ля Туретта) и остановились на диагнозе «невроз навязчивых состояний».

Стратегическая семейная психотерапия

Этот метод семейной психотерапии ориентирован на решение проблем, поэтому другие его названия — «короткая психотерапия», «проблеморешающая», «системная». Наиболее крупные представители стратегической семейной психотерапии — Джей Хейли, Клу Маданес, Карл Витакер и др. — в своей работе развивали опыт Грегори Бейтсона и Милтона Эриксона.

В своей работе психотерапевты этого направления не концентрируются на личностных особенностях членов семей, не ставят своей целью достижение клиентом или семьей инсайта (внезапного озарения или постепенного постижения тех аспектов собственного опыта, которые оставались неосознанными). Теоретические предпосылки стратегической семейной психотерапии — общая теория систем и кибернетика. Термин «стратегический» принадлежит Джею Хейли, который на сеансах психотерапии брал на себя ответственность за создание стратегии решения проблемы клиента или семьи. Хейли и его сторонники в своей работе ставят ясные цели, включая снятие симптомов. Данный подход характеризуется чрезвычайным вниманием к деталям симптома и меньшим интересом к семье, к ее росту и благополучию.

К 1970 г. стратегическая психотерапия стала настолько популярной, что произошло разделение всех семейных психотерапевтов на стратегических и нестратегических. Аналитически ориентированные психотерапевты обвиняли стратегических психотерапевтов в том, что они — холодные манипуляторы, что они уделяют слишком много внимания силе и техническим приемам. Стратегические семейные психотерапевты отвечали, что их критики не умеют мыслить системно, не понимают круговой причинности, лежащей в основе нервно-психического заболевания.

Милтон Эриксон — родоначальник методов системной и стратегической психотерапии — разрабатывал специфический подход и многообразные стратегии вмешательства в зависимости от того, с какой именно проблемой он имел дело. Эриксон верил в то, что все проблемы и уникальны, и универсальны и могут быть решены многими способами. По его мнению, пациенты склонны воспринимать свои проблемы как ловушку, из которой возможен лишь один выход, неизвестный им, а на самом деле у них есть широкий набор альтернатив. Он энергично вмешивался, чтобы нейтрализовать симптомы и чтобы побудить пациента вести себя новым, более адаптивным путем. В отличие от большинства психотерапевтов, считающих, что ответственность за успех психотерапии лежит на пациенте, Эриксон считал, что он полностью отвечает за результат лечения.

Для его практики характерны два подхода, которые оказали большое влияние на других стратегических психотерапевтов:

1) использование косвенных методов воздействия;

2) принятие всего, что предлагает клиент.

Джей Хейли — самая крупная фигура после Эриксона в стратегической семейной психотерапии. Его перу принадлежат две наиболее интересные монографии — «Стратегии в психотерапии» (1963) и «Проблеморешающая психотерапия» (1967).

По мнению Майкла Николса (Nickols M., 1984), Мара Сельвини-Палаццоли принадлежит к стратегическому направлению семейной психотерапии, хотя она сама и все мировое психотерапевтическое содружество относят ее к системной школе. С 1977 г. училась в США. Работала как психоаналитик, занималась психотерапией нервной анорексии. В 1967 г. основала в Милане Институт семейной терапии, где и работает в настоящее время. После того как знаменитая миланская бригада распалась, М. Сельвини-Палаццоли стала работать либо одна, либо с напарницей.

Суть ее работы с семьями больных шизофренией заключалась в формировании контрпарадоксов в ответ на парадоксы семейных отношений и инвариантное предписание (см. раздел «Семейная системная психотерапия).

Теоретическое обоснование

Суть стратегического подхода — разработка стратегии для решения проблем, так как изменения в семье важнее, нежели понимание причин нарушений.

В концептуальном отношении теория стратегической психотерапии значительно проще тех теорий, которые разрабатывают ученые (Nickols M., 1984). Индивидуальные проблемы стратегическими психотерапевтами рассматриваются как манифестация семейных. Самое важное в психотерапии — менять правила, привычки, решения и т. д. По мнению стратегических психотерапевтов, даже небольшие изменения способны обеспечить решение проблемы. Стратегическое вмешательство достаточно интенсивно и кратковременно. Психотерапевт атакует какое-то звено семейной системы, ответственное за формирование симптома, используя циркулярную модель причинности (Andolfi M., 1980).

Например, если миссис Смит пьет, потому что муж бьет ее, то стратегический семейный психотерапевт не делает вывод, что пьянство обусловлено побоями или наоборот. На самом деле и пьянство жены, и дерущийся муж — это деструктивные шаги в семейной игре. Поэтому стратегический психотерапевт разрушает последовательность, атакуя любое звено этой цепи. Психотерапевт может сказать миссис Смит, что муж с помощью побоев держит ее в узде. Такое смехотворное заявление психотерапевта способно взбесить миссис Смит, которая, вернувшись домой, даст взбучку мужу, вместо того чтобы напиваться.

Позитивный эффект такого вмешательства обусловлен точным учетом семейного контекста, который способствовал формированию симптома. Стратегические психотерапевты не исключают, что, например, в какой-нибудь другой стране такое вмешательство не произведет должного эффекта.

Стратегические психотерапевты в меньшей степени, чем психоаналитики, занимаются изучением этиологии проблемы: они исследуют факторы, обеспечивающие ее устойчивость, которая поддерживается существующим взаимодействием в семье, и поэтому стремятся выявить и изменить «проблемно-поддерживающее поведение» (*problem-maintaining behavior*). Оно может быть описано по-разному, в зависимости от того, сколько людей психотерапевт считает участвующими в поведенческих актах, поддерживающих проблему. Наиболее важны для поддержания проблемы триадные последовательности, описанные Мюрреем Боуэном (1966), Геральдом Заком (1971), Сальвадором Минухиным (1974) и Линн Хоффман (1981).

М. Боуэн показывает, что как только между двумя членами триады возникает напряжение, то один из них начинает движение в сторону третьего. Третий участник, включаясь в отношения, закрепляет их, но часто делает невозможным решение проблемы в диаде. Джей Хейли (1976) предостерегает, что последовательность поведенческих актов в семье может быть значительно более сложной, чем это кажется на первый взгляд.

Дон Джексон считал, что нормально функционирующая семья — не более чем миф, а стратегические психотерапевты полагают, что нормальные семьи — это те,

которые избегают симптомов и способны функционировать в соответствии с требованиями меняющихся обстоятельств и нормативных стрессоров в жизненном цикле семьи. В нормально функционирующих семьях отмечается тенденция «повышения аффекта» в межличностных контактах (большая эмоциональность), большая спонтанность, члены семьи охотно делятся информацией, не формируют роли «козлов отпущения». Добавим, что термин «нормально функционирующая семья», предложенный нами, нуждается в уточнении: нормально функционирующая семья — это та, функции которой соответствуют нормам самой семьи и нормам общества.

В основе понимания расстройств поведения лежат две теории: молярная и молекулярная. Молярная описывает общие качества дисфункциональной семьи, а молекулярная объясняет, как частные трудности становятся проблемами из-за того, что с ними неумело обращаются («из мухи делают слона»), и как эти проблемы поддерживаются в ходе попыток решить их.

М. Сельвини-Палаццоли ввела бригадный метод в работе с семьями: с семьей работают несколько разнополых психотерапевтов, в то время как другие наблюдают за их работой из-за односторонне-прозрачного зеркала.

Частота сессий — раз в месяц, а продолжительность работы с семьей — до 10 сессий. Первоначально такая периодичность диктовалась расположением Института семейной терапии, так как семьям из южных и центральных районов Италии приходилось преодолевать долгий путь. В дальнейшем оказалось, что недельные интервалы коротки для приспособления и необходимы более длительные перерывы между сессиями. Парадоксальные предписания наиболее эффективны, если для их выполнения у семьи достаточно времени. Когда правила, по которым функционирует семья, изменяются, то для того, чтобы возникла стабилизация, нужно определенное время. Семьи имеют возможность апробировать в повседневной жизни то, что они делали на сессии. В конце сессии бригада психотерапевтов решает, когда им с семьей целесообразнее собраться вновь — через 2 недели, через месяц или через 6 месяцев.

Единицей психотерапии является участие на всех сессиях всех членов семьи, которые живут под одной крышей.

Перед каждой сессией котерапевты и супервизоры собираются вместе, чтобы прочитать истории болезни и обсудить содержание предыдущей встречи. Сессия начинается с того, что семья обсуждает собственные проблемы. Это помогает котерапевтам наблюдать за тем, каков стиль взаимоотношений в семье. В определенный момент котерапевты уходят, чтобы обсудить то, что происходит на сессии, вместе с супервизорами, потом возвращаются и комментируют то, что было ранее, а затем ставят перед семьей задачу, которая и является парадоксальным предписанием. Семья уходит, а психотерапевты собираются для постсессионной дискуссии. Подход М. Сельвини-Палаццоли не просто краток, но и внезапен. Она стремится вызвать изменения в семье внезапным решающим движением. Такие решающие удары больше похожи на хирургию, нежели на медикаментозную терапию.

М. Сельвини-Палаццоли сформулировала четыре принципа построения интервью:

1) выдвижение гипотез;
2) циркулярность;

3) нейтральность;

4) позитивная коннотация.

Охарактеризуем эти принципы подробнее.

1. *Выдвижение гипотез.* Психотерапевтам следует хорошо подумать перед каждой сессией, выдвинуть ряд гипотез предстоящих терапевтических вмешательств. Начав сессию без обсуждения гипотез, они будут похожи на охотников за информацией о жизни семьи, а так работать с одним пациентом означает очень медленно продвигаться к решению его проблемы, но так работать с семьями — просто смертельно опасно.
2. *Циркулярность.* Речь идет о взаимоотношениях и взаимодействиях в семье, а не об особенностях индивидов, поэтому семейный психотерапевт расспрашивает о характере их взаимоотношений, а не о чувствах каждого. Обычно каждого члена семьи просят описать и прокомментировать отношения в семейной диаде, исходя из предположения, что третье лицо может дать более эффективное описание. Кроме того, такое описание выявляет динамику триады.

   Например, если психотерапевт просит сына рассказать на сессии о взаимоотношениях родителей, сын не только опишет их, но и продемонстрирует свое отношение к ним. Говоря, что мама и папа много спорят по поводу позднего возвращения отца домой, ребенок сообщает нечто об их супружеских отношениях и кое-что о коалиции между поколениями — «мать–ребенок».
3. *Нейтральность.* Соблюдение этого принципа позволяет психотерапевтам принимать как семью в целом, так и всех ее членов такими, какие они есть. Вне зависимости от того, что чувствуют члены психотерапевтической бригады, они создают сбалансированную поддержку всем членам семьи.
4. *Позитивная коннотация.* Симптомы играют роль механизма адаптации, поэтому они описываются благожелательно. Психотерапевт понимает, что странное, откровенно симптоматичное поведение кого-то в семье и искаженные коммуникации представляют собой попытку сохранить сплоченность семейной группы. С. Минухин называл симптом «квазиклеем», скрепляющим семью.

Парадоксальное задание (позже его место в работе М. Сельвини-Палаццоли займет «инвариантное предписание») является главной техникой семейной стратегической психотерапии. Оно разрабатывается очень тщательно и преследует цель вовлечь в его исполнение всех членов семьи. Некоторые задания имеют форму ритуалов, которые вовлекают всю семью в серию действий, противоречащих сложившимся ригидным правилам и мифам. Например: проблема семьи, состоящей из четырех человек, заключалась в том, что она не могла выделиться (обрести автономность) из расширенной семьи. Им было предписано каждый второй вечер проводить после ужина 15-минутную дискуссию о семейных делах за закрытой дверью. Избегая открытого вызова, этот ритуал помогал сломать ригидную приверженность правилу, что «все должны жить вместе», и создать новое: «наша семья — это мы четверо, без многочисленных дядюшек, тетушек, кузин и т. д.». Проводя такие дискуссии, члены семьи научились говорить вслух о своих как

позитивных, так и негативных эмоциях, тем самым нарушив и другое старое семейное правило: «вслух о семье говорить нельзя».

Если же психотерапевты критикуют симптом, то они начнут противоречить сами себе, предписывая парадоксальное задание.

Жесткие инвариантные предписания, которые сейчас дает Сельвини-Палаццоли семьям больных шизофренией, вызвали недоверие и смущение даже у таких харизматических личностей в семейной психотерапии, как Карл Витакер и Сальвадор Минухин. Копирование стиля Сельвини-Палаццоли или Витакера в условиях другого национального контекста, например в России, может принести большой вред.

Семейная коммуникативная психотерапия

В рамках системного подхода выделяют семейную коммуникативную психотерапию, которая выросла из школы Пало Алто. Ведущие фигуры — Г. Бейтсон, Д. Хейли, Д. Джексон и П. Вацлавик. По мнению М. Николса (Nickols M.,1984), коммуникативная психотерапия оказала огромное влияние на развитие семейной психотерапии в целом.

Ранее коммуникативные способности больных шизофренией были предметом исследований, в частности, Э. Крепелина и Э. Блейера, выявивших дефицит этих способностей. З. Фрейд занимался тем, что раскрывал скрытые значения и символы коммуникации. Коммуникативные психотерапевты сосредоточили свое внимание не на содержании, а на самом процессе коммуникации. Самый важный вклад коммуникативных психотерапевтов в семейную психотерапию — не только и не столько создание техники, сколько новый способ понимания того, как функционирует семья. Они резко критиковали З. Фрейда, который, по мнению Д. Хейли (1963), стремился одержать победу над пациентом, положив его на лопатки (психотерапевт сидит сзади пациента), и К. Роджерса — за то, что он, повторяя высказывания клиента, выставлял того в дурацком виде.

Теоретическое обоснование

Коммуникативная теория выросла из кибернетики и общей теории систем. Коммуникации людей могут быть проанализированы с помощью *синтаксиса*, *семантики* и *прагматики* (Морлис, 1938; Карнап, 1942). *Синтаксис* объясняет, как из слов конструируются фразы и предложения. *Семантика* изучает значение послания и то, каким языком пользуются члены семьи — понятным или нет. *Прагматика* изучает поведенческий аспект коммуникации. Фраза ребенка: «Мама, я голоден» — это не только констатация его физиологического состояния, но и скрытое послание: он выражает желание, чтобы его накормили.

П. Вацлавик и его соавторы (1967) предприняли попытку описать всю систему человеческой коммуникации.

1. Люди всегда коммуницируют, даже тогда, когда они не совершают никаких поступков. М. Николс приводит пример из своей психотерапевтической практики: «Я прямо не знаю (так говорит миссис Смит), что мне делать с сыном Роджером — и в школе у него плохо, и по дому он не помогает. Все,

что ему надо, — это болтаться по улицам в компании своих ужасных друзей. Но что хуже всего — он перестал с нами общаться!» В этот момент Николс поворачивается к Роджеру и говорит: «Ну, что ты об этом скажешь?» Но Роджер ничего не говорит, вместо этого он продолжает сидеть, скорчившись в кресле в дальнем углу, сохраняя на лице выражение злости и тоски. Николс так комментирует эту ситуацию: вопреки жалобе миссис Смит, считающей, что Роджер не общается, на самом деле общение имеет место! Невербально Роджер дает понять, что он зол, никому не доверяет и отказывается вступать в переговоры.

2. Все послания являются одновременно и сообщением, и командой. Каждый раз, когда люди общаются, они не только сообщают нечто, но и уточняют свои взаимоотношения. Например, сообщение девочки своей матери: «Кестутис бьет меня» содержит и информацию, и команду: «Сделай хоть что-нибудь с этим». В семьях командное послание воспринимается как правило. Правила нужны для поддержания семейного гомеостаза (Jakson D., 1965; 1967). Ригидные гомеостатические механизмы возвращают семью к первоначальному балансу и препятствуют ее изменениям.
3. Любая коммуникация может быть непрерывной или фрагментарной. Наблюдатель слышит диалог и воспринимает его как непрерывную коммуникацию, но в то же время каждый участник диалога считает, что предмет разговора обусловлен тем, что говорит другой. Психотерапевтам, работающим с супружескими парами, хорошо известна ситуация, когда супруги говорят: «Я делаю X лишь потому, что он делает Y». Например, жена говорит, что она придирается к мужу из-за того, что он пассивен, а муж отвечает, что пассивен лишь потому, что жена придирается. Или жена утверждает, что у нее было бы больше желания заниматься любовью, если бы ее муж был более темпераментным, а муж, в свою очередь, говорит, что он был бы более темпераментным, если бы у его жены было больше желания.

Замкнутый круг в общении создается из-за того, что люди воспринимают коммуникацию как прерывистую, рассматривают общение не как непрерывный процесс, а как пунктирный. Иллюстрацией этого тезиса выступает еще один пример: дети, поссорившись, бегут к отцу и кричат «Он первый начал!» — они хотят сказать, что общение начал другой, вместо того чтобы сказать, что они сделали это вместе. В их изложении ситуация выглядит как два отдельных эпизода — пусть связанных между собой, но отдельных.

Формирование расстройств поведения понимается коммуникативными психотерапевтами так же, как и системными.

Цель семейной коммуникативной психотерапии сформулировал П. Вацлавик: «Сознательные действия с целью изменить плохо функционирующие образцы интеракций» (Watzlawick P., 1967). Так как интеракции — синоним коммуникаций, это означает, что в процессе психотерапии будут изменены способы коммуникации.

На заре семейной коммуникативной психотерапии, особенно в работах В. Сатир, ставилась общая цель — улучшить коммуникацию в семье. Дальнейшее развитие привело к сужению целей семейной психотерапии, а именно: изменяться стали те способы коммуникации, которые поддерживали симптом (Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., 1974).

Ограниченность коммуникативной модели заключается в том, что она рассматривает симптомо-поддерживающие взаимоотношения, сосредоточиваясь на взаимодействии только трех лиц, без учета других. Иными словами, коммуникативная модель недооценивает то влияние, которое оказывает коммуникация между Б и Г на коммуникацию между А и Б. С нашей точки зрения, это является ограничением принципа круговой причинности.

Техники семейной коммуникативной психотерапии

Психотерапия начинается с оценки ситуации, для чего используется структурированное интервью, разработанное П. Вацлавиком в 1966 г. Семье дается пять заданий:

1) обсудите и скажите, какая семейная проблема — самая важная;
2) обсудите план поездки за город всей семьей;
3) пусть родители расскажут, как они встретились;
4) обсудите содержание поговорок на семейную тему;
5) проведите инвентаризацию недостатков друг друга и обвинений.

В то время как семья работает над выполнением этих заданий, психотерапевт наблюдает за ней из-за односторонне-прозрачного зеркала и изучает образцы коммуникаций в семье, способы принятия решений, как формируется роль «козла отпущения» и т. д.

Основные группы техник семейной коммуникативной психотерапии:

1. Обучение членов семьи правилам ясной коммуникации.
2. Анализ и интерпретация способов коммуникации в семье.
3. Манипулирование коммуникацией в семье с помощью разных приемов или правил:

   А. Необходимость говорить в 1-м лице и от себя лично:

   Пример
   Муж. Мы все любим Стасика.
   Психотерапевт. Лучше будет, если вы начнете говорить за себя.
   Муж. Но мы в этом совпадаем.
   Психотерапевт. Вы должны научиться говорить от своего имени, а ваша жена — от своего.

   Б. Разделение фактов и субъективных переживаний.

   Пример
   Жена. Это плохо, когда родители что-то делают, не привлекая к этому детей.
   Психотерапевт. Если я правильно понял, то вы любите брать детей с собой, если собираетесь поехать с мужем в путешествие?
   Жена. Да, конечно, но разве другие люди не поступают так же?
   Муж. А я не люблю, чтобы они были с нами, я люблю путешествовать с тобой *вдвоем*!

   В. Необходимость пользоваться общением «Я–Ты», как это принято в гештальт-терапии. Такое общение обеспечивает большую ответственность за характер взаимоотношений.

В заключение можно сказать, что семейная коммуникативная психотерапия, начав с того, что выбрала своим объектом семьи больных шизофренией, не смогла показать себя высокоэффективным методом психотерапии, хотя и применяется многими психотерапевтами во всем мире.

Семейная психотерапия, основанная на опыте (Family experiential therapy)

Наиболее крупные ее представители — Карл Витакер и Август Напир (Napier A. Y., Whitaker C. A., 1978; Whitaker C. A., 1989). Про них можно сказать, что их психотерапия основана на опыте и здравом смысле. В начале этой главы мы приведем фрагменты статьи о психотерапии, основанной на опыте, написанной Карлом Витакером с помощью Августа Напира, а затем — стенограмму сеанса семейной психотерапии К. Витакера в Ленинграде в 1990 г.

Семейная психотерапия является новой областью психиатрии, хотя семья как явление, а также проблема изучения семьи, вероятно, насчитывают тысячелетия. Обсуждение техник семейной психотерапии предполагает понимание того, что именно относится к ее области, и достаточный практический опыт. Необходимо также определить понятие техник семейной психотерапии, имеющих своей целью активизировать изменения в отношениях внутри семьи, а также между семьей и психотерапевтом или командой психотерапевтов. (Я буду использовать термин «психотерапевт», однако в семейной психотерапии предпочтительно присутствие котерапевта.)

Семью я определяю как группу совместно живущих людей. Это может быть биологическая нуклеарная семья, но во многих случаях это и не так — кто-то отсутствует или имеются приемные родители или дети.

Имеет смысл также определить понятие «здоровая семья». Мы считаем, что здоровая семья — это семья, в которой существует высокая степень внутреннего единства и высокая степень индивидуализации, она поддерживает свободу перегруппировки и относительную свободу развития подгрупп, триад и «команд» и функционирование медиаторов, позволяет свободно уходить и возвращаться, не вызывая раздоров, допускает возможность для любого члена семьи быть тесно связанным с подгруппами вне ее и возможность включения в нее людей посторонних, но имеющих к ней отношение.

Индивидуализация в здоровой семье делает возможной высокую степень мобильности, при которой каждый из членов семьи может выступать в разных ролях, не игнорируя при этом исполнения своих базисных ролей, предписанных культурой, религией, традицией, возрастом, психической и физической зрелостью. Четырехлетний сын может выступать в роли «матери» своего отца, сорокалетняя мать может играть роль маленькой девочки для своего сына или дочери — подобная гибкость проявляется в определенных ситуациях и осуществляется творчески.

Я полагаю, что нуклеарная семья динамично вовлечена в жизнь семьи более широкой структуры — «расширенной семьи» — и в дружеские связи. Я считаю

эти две общности, особенно «расширенную» семью, ценными и полезными для семейной психотерапии, не вдаваясь в обсуждение техник работы с ними.

Очевидно, что для психотерапии недостаточно одной любви, и еще более очевидно, что недостаточно одних техник. Известного художника однажды спросили, что важнее — возможность самовыражения на холсте или владение техникой художественного творчества. Он воскликнул: «Ни то ни другое или и то и другое вместе!» Несомненно, что в отношении техник желательно достижение психотерапевтом такой стадии, когда он выше их использования.

Кьеркегард говорил, что существуют три степени отчаяния: отчаяния небытия как личности, отчаяние становления личностью, отчаяние быть личностью. Психотерапевт может проводить семейную психотерапию, не будучи личностью и становясь ею. По мере его внутреннего роста, через опыт, через постепенное развитие новых техник и способов, приходит время, когда он становится таким семейным психотерапевтом, который не пользуется техниками. Он осуществляет семейную психотерапию, просто являясь личностью. Хотелось бы знать: случилось ли это со мной?

Концептуальная позиция: диалектика

Вся психотерапия до некоторой степени, а семейная терапия в особенности, зависит от гармонии личностного и профессионального опыта психотерапевта. Развивается ли он как личность? Возрастает ли степень интимности в его собственной семье? Это можно скрыть в индивидуальной психотерапии, но в семейной психотерапии все это проявляется.

Программа взаимодействия психотерапевта с семьей бывает разной.

Кризисное вмешательство вместо работы по развитию семьи. Возможно взаимодействие с семьей на административном уровне с использованием медикаментов, с манипулятивным вмешательством в социальную структуру семьи и в ее окружение, возможно доведение семейного кризиса до такой степени выраженности, что семья разрешает стресс и продолжает жить в прежнем стиле. Психотерапевты решают для себя (в общем виде и относительно каждой конкретной семьи), будут ли они работать на этом уровне облегчения симптомов или же не пожалеют усилий для максимального развития семьи по всем возможным направлениям.

Психотерапевт как функция вместо развития личности психотерапевта. Важным внутренним вопросом семейной психотерапии является вопрос, выполняет ли психотерапевт просто свою работу или же с помощью работы с семьей он занимается проблемой становления себя как личности. Разница в позиции определяет все. Исследования показывают, что психотерапевты наиболее эффективно работают в возрасте от 30 до 40 лет. Я полагаю, что это относится к тем психотерапевтам, которые поставили своей целью стать врачом, кандидатом или доктором наук и т. д., и возросший технический уровень, как в сексе, делает их вовлеченность меньшей. И наоборот: один мой знакомый — очень пожилой врач-психотерапевт — утверждал, что, так как он продолжает ориентироваться на собственное развитие, психотерапия для него со временем становится все более волнующей. Он не изнашивается и не устает, как старый солдат, но набирается опыта и приобретает силу. Личностная вовлеченность необходима для постоянного развития: не технического, не профессионального, но персонального. Точки покоя нет. Или развитие, или деградация.

Общность вместо отделенности. Развитие интимных отношений с семьей и отделенность от семьи — существенные процессы, которые должны быть взвешены психотерапевтом. Он должен решить, открыт ли он для радостей личного общения и для боли расставания, готов ли он к двустороннему переносу или же он находится вне семьи как участвующий наблюдатель и комментатор. Хочет ли он стать частью семьи и испытывать боль и открыт ли он к требованиям этой ситуации?

Понимание вместо проживания или смысл вместо существования. Психотерапевт использует свое собственное здоровье как часть психотерапевтического воздействия. Психотерапевт, стремящийся к взаимопониманию с семьей, находится в тех же путах, что и психотерапевт, верящий, что тренинг коммуникации — сердцевина психотерапии. Облегчение симптома может вновь открыть процесс развития (роста), но не ускорить его и не расширить его границы.

В конце концов важно, чтобы психотерапевт чувствовал, что польза, которую он может принести, может быть в большей степени связана с его присутствием и с качествами его личности, чем с тем его образом, который он старается создать, или с тем, который возникает у пациента. Психотерапия начинается не с первой беседы — она начинается тогда, когда психотерапевт отходит от своей главной иллюзии, что пациенту помогает образ помогающего.

С нашей точки зрения, данное утверждение спорно. Зададим вопрос: кто находится перед пациентом в психотерапевтическом кабинете? Живой человек, имеющий свою биографию, профессиональный и личный опыт, или только образ человека, оказывающего психотерапевтические воздействия; образ, который пациент создает из своих страхов, неудач, знаний и заблуждений, а также из его веры и надежд, ассоциирующихся с образом психотерапевта? В таком случае пациенту предстоит в дальнейшем акцептировать этот образ, встроить его в себя в качестве скрытой программы жизни.

Схематически это можно представить так, как изображено на рис. 1 (см. Введение).

Нам кажется, что К. Витакер испытывал те же трудности, что и мы, в концептуализации того, что происходит на сеансе психотерапии.

Лечение семьи: команда вместо одного психотерапевта

Модель «команды» восходит к родителям, воспитывающим детей в семье: бывает, что только один родитель активно выполняет эту работу. Один психотерапевт находится в трудной ситуации, когда лечит семью. В первом (или в первых) интервью он поддерживает дистанцию и может быть адекватным, но по мере того, как он становится эмоционально вовлеченным (а я полагаю, что психотерапевтическое изменение требует этого), он оказывается в уязвимой позиции: он под постоянным обстрелом, им постоянно манипулируют. Если семья здорова и вполне адекватна, это положение может быть терпимо для опытного психотерапевта, но менее опытный оказывается вовлеченным в противопереносную проблему вытеснения или, наоборот, в проблему втягивания, абсорбции, то есть может остаться вне семьи и быть малополезным. Команда, даже находящаяся под стрессовым давлением (как супруги во время стрессовой ситуации), более полезна, чем дистантный или зависимый психотерапевт. Психотерапевтический союз двух лично-

стей дает больше места для творчества и свободы, для разделения ответственности, допускает большую степень искренности при выражении скуки, гнева и стрессовых состояний самого психотерапевта. Сила такой пары много больше, чем сумма сил двух отдельных людей.

Я уверен в том, что в психотерапии трудно устанавливать постоянную наиболее конструктивную межличностную дистанцию. Должна быть свобода входа и выхода из психотерапевтического союза, без фиксации в каждой позиции, что оставляет семье свободу моделирования честных партнерских отношений. Вероятно, это важно для обоих психотерапевтов и как возможность личностного роста. Если психотерапевт «растет», пациент может сдвинуть вверх его «планку».

Семейная психотерапия после психотерапии «один на один». Если коллега, проработав с пациентом в течение некоторого времени, приходит к убеждению, что необходимо привлечь супруга (супругу), он присылает его (ее) ко мне для нескольких сеансов, а затем мы вчетвером продолжаем психотерапию, включив в нее детей (с самого начала или через некоторое время). В тех случаях, когда я по глупости полагал, что могу войти во взаимодействие с супругом, который не является моим пациентом, уже на начальной стадии работы вчетвером оказывалось, что это неэффективно. Мои отношения с психотерапевтом и его отношения с его пациентом заставляли супруга (супругу) пациента чувствовать себя совершенно изолированным. Когда психотерапевт, участвующий в психотерапии «один на один», убеждается, что процесс должен быть изменен и что необходимо привлечь супруга (супругу), и помещает его (ее) в уже существующую систему отношений, он напрашивается на проблемы.

Чтобы не дать кому-нибудь повода объявить меня противником психотерапии «один на один», мне хотелось бы изложить мое понимание того, когда она наиболее ценна. Психотерапия индивидуума может быть определена как лечение семейного «козла отпущения». Даже если в семье все умерли или абсолютно недоступны, психологическое заболевание в большой степени есть результат принятия роли. Как сказал Марк Твен, «городской пьяница — это выбранная позиция». Я полагаю, что психическое нездоровье — это тоже выбранная позиция. Это положение вынуждает меня начинать психотерапию с любой системы, которая только доступна. Я знаю, что в тех случаях, когда я думал, что невозможно заполучить маму, папу, бабушку, дедушку, тетю, дядю, сестру или брата, я делал ошибку. Если я говорил, что это важно, и просил «козла отпущения» это организовать, это получалось, и очень легко. Более того, это всегда давало хорошие результаты. Если вся семья мобилизовывалась и вовлекалась в психотерапию, то именно она, в большей степени, чем «козел отпущения», становилась центром психотерапии. Становилось возможным осуществлять большое число вариантов лечения.

Работа с системой подразумевает разрешение основных компонентов тревоги каждого из членов подгрупп, триад и межличностных взаимоотношений в диадах. Затем уместна реконструктивная интрапсихическая хирургия для одного и для всех. Финальная стадия семейной психотерапии перед началом психотерапии «один на один» — это обыкновенное разрешение взаимоотношений между супругами. Вопрос: «Когда она уместна?» подобен вопросу: «Как далеко должен идти учитель музыки с отдельным учеником?» Благодаря своему таланту, рабо-

тоспособности и желанию работать некоторые ученики могут стать концертирующими пианистами. Не каждый может принять те характерологические преобразования, которые являются результатом экстенсивной, индивидуальной психотерапии, но я уверен, что возможность этого во многом определяется предшествующей психотерапией семьи.

С точки зрения техники мне кажется разумным переключаться на индивидуальную психотерапию, когда семейная психотерапия прервана или потерпела неудачу. Если же все члены семьи хотят идти дальше, каждый должен принять решение независимо от психотерапевта и без его рекомендации.

Процесс лечения

Мне кажется, что вопрос о диагнозе семьи и описание развития патологии в семье не так важен, как процесс лечения.

Мне представляется, что изменения начинают происходить, когда семейная команда перестает стараться. Кто-то должен поставить критический вопрос: что может предложить психотерапевт? Не вдаваясь в детали, хочу отметить, что наиболее важны те моменты, когда мы не прикладываем усилий, чтобы быть полезными. Возможно, наибольшим вкладом психотерапевта является просто его вера в жизнь. Том Малоне сказал одному пациенту: «Не злитесь на меня, я не стараюсь вам помочь». Сама по себе позиция «над пациентом» (желание «помочь») деструктивна. Впрочем, эта позиция правительства США оказалась продуктивной в отношении правительств других стран».

Карл Витакер и Август Напир написали эти слова в 1978 г., когда мир был дихотомически разделен на две силы — «добра» и «зла», и в то время они, возможно, и были верными. В 90-е гг. XX в. эта аналогия психотерапии и политики США представляется весьма спорной, так как западные политики сейчас в основном используют в отношении других стран мира позицию «над».

«Более того, как сказала Барбара Бетз много лет назад, и это, вероятно, правда: “Динамика психотерапевтического процесса — в личности психотерапевта”, или, цитируя высказывание дзэн: “Вы не можете достичь этого старанием, но вы можете не стараться”».

Действительно важно, что семейная психотерапия не есть отношения «личность–личность», но отношение личности психотерапевта (команды) и системы, поэтому семейная психотерапия по самой своей природе есть процесс манипуляции и политического маневрирования в большей степени, чем психотерапия «один на один».

Нет возможности ограничиваться только альтруистическими, благими намерениями психотерапевта, его искренностью или удовольствием от интимного общения с пациентом — психотерапевт обязан использовать власть в своих взаимодействиях с семьей и должен быть подготовлен к тщательному манипулированию, чтобы продвигать семью по пути ее роста.

Процесс психотерапии включает в себя четыре фазы:

1) начало лечения;
2) средняя фаза;
3) фаза завершения психотерапии;
4) фаза расставания семьи с психотерапевтом.

Фаза I. Начало лечения

А. Первый контакт

Первой стадией в моей работе с семьей является телефонный звонок. Например, мать звонит и говорит: «Я хотела бы, чтобы вы посмотрели моего сына» или: «Мой муж в тяжелой депрессии». Я отвечаю: «Хорошо, почему бы вам не привести его? А как велика ваша семья?» И независимо от ответа: «Почему бы вам не прийти всем вместе?» Ее протест (несогласие) может заставить меня отступить и согласиться видеть только мать и отца или мать и детей на первом интервью, но я стараюсь сделать совершенно понятным, даже по телефону, что мне необходимо видеть всю семью и что я просто иду им навстречу, не настаивая, чтобы все пришли в первый раз. Если раньше семья уже имела опыт психотерапии, семейной или индивидуальной, или психотерапии пары, я буду очень настаивать, чтобы все присутствовали и в самый первый раз, и могу отказать в интервью, если они придут не все и кто-либо будет отсутствовать, отправив их домой подумать: действительно ли все они нуждаются в помощи или только часть из них, а часть будет сопротивляться любому изменению?

Семейная психотерапия — это отчаянный процесс, и я не хочу иметь «забастовщиков» с самого начала. Мне нужно добиться полной ясности и показать, что я не заинтересован в начале психотерапии, если не все на моей стороне.

Мое первое интервью направлено на определение «целого». В той мере, в какой к семье применима общая теория систем, я использую некоторые ее принципы. Обычно я формулирую вопрос широко: «Что с вашей семьей?», обращаясь сначала к отцу, а затем последовательно ко всем членам семьи, включая младших детей, стараясь, чтобы они могли отвечать со многих различных точек зрения.

Именно так обычно поступают К. Витакер, С. Минухин, К. Хааланд, А. Куклин, Д. Г. Барнс и др., имея в виду, что в западном мире отец в семье главный. Однако их же опыт показывает, что главными в семье бывают и жены, и другие родственники. Мы в своей практике стараемся определить «заявителя проблемы» и строим отношения с семьей через него.

Я начинаю с отца, потому что он дальше всех стоит от семьи и потому что именно он бывает в наибольшей степени склонен увести семью от лечения, если у него не получается какого-то контакта с психотерапевтом на ранних фазах. Я стараюсь обезоружить «козла отпущения» сообщением, что уже знаю, что он в депрессии или что его поведение делинквентно, и предлагаю выяснить остальные проблемы в семье. Обычно мои первоначальные попытки обнаружить семейную патологию отвергаются, и я усиливаю давление, когда обращаюсь к следующему члену семьи с требованием оказать мне помощь в создании целостной картины. Я следую той же модели, что и Вирджиния Сатир, стараясь разделить поколения — говорю родителям, что их жизнь до появления детей важна для меня, и прошу их рассказать мне о том, как они познакомились, о процессе ухаживания. Недавно я пользовался способом знакомого психотерапевта, который предлагал бабушкам и дедушкам и всем, кто не мог присутствовать, прислать записи их рассказов о семье и об их собственной жизни. Я стремлюсь обнаружить подгруппы внутри семьи. Например, кто успокаивает мать, когда она плачет? Кто оказывается на стороне отца, когда отец и мать вступают в борьбу? Кто улаживает ссоры

между братьями и сестрами, между матерью и ее старшей дочерью? Что случится, если все мужчины семьи нападут на всех женщин? Еще я стараюсь описывать болезни членов семьи — их простуды, температуру, плохой сон — как результат их пребывания в роли семейного «козла отпущения».

Кроме того, я стараюсь во время первого интервью наметить процесс дальнейшей семейной психотерапии. Я говорю о боли, связанной с борьбой, о моем продуманном намерении создать беспорядок, о моем восхищении перед сумасшествием, о том, что я верю в команду психотерапевтов и в то, что у нас достаточно силы, чтобы сдвинуть семью, и о моем далеко идущем намерении создать внутри семьи психотерапевтическое общество, поскольку мы не всегда будем вместе.

Б. Битва за структуру

Я стараюсь построить структуру лечения таким образом, чтобы и мне и семье было ясно, что сеанс психотерапии — моя операционная и что я за нее отвечаю. Я называю это битвой за структуру, в которую включается моя свобода иметь консультантов; определять, как развивается процесс; решать, кто будет присутствовать на следующей сессии; распределять время и быть создателем правил интервью. Доктор Давид Рубинштейн называет это установлением интегрированности психотерапевта. В терминах Боуэна это может называться установлением моей «Я»-позиции.

Я убежден также, что психотерапевт должен сохранять свободу входить в психотерапевтическую группу и выходить из нее.

Битва за структуру может осуществляться не только характером и ходом интервью, но даже с помощью административных мер.

«Например, однажды во время второго интервью я говорил с 19-летней дочерью, когда отец-социопат прервал наше личное взаимодействие. В этот момент я взорвался и сказал ему, чтобы он никогда не смел мешать мне, когда я включен в личное взаимодействие с кем-нибудь. Если психотерапевт окажется в слабой позиции — по телефону, в первом, во втором или даже в любом последующем интервью, — психотерапевтический процесс серьезно пострадает. Ни один пациент не будет доверять психотерапевту, если он не чувствует себя безопасно и комфортно в роли родителя или не принадлежит к старшему поколению. Эта ситуация возникает при работе почти с каждой семьей. Она начинается с первого телефонного контакта и может некоторое время продолжаться. Кажется, что семьи активно исследуют, насколько силен психотерапевт. Если я проиграл первую битву, я должен удвоить свой потенциал для последующей борьбы и быть уверенным в победе. Если бы я позволил отцу перебить меня, весь процесс семейной психотерапии был бы в опасности, потому что я стал бы «простофилей» для отца».

Позиция психотерапевта «снизу» действительно наименее эффективна. Неслучайно, описывая первую фазу психотерапевтического процесса, К. Витакер и А. Напир пользуются терминологией, относящейся к боевым действиям. Наш опыт полностью совпадает с опытом этих психотерапевтов.

В. Битва за инициативу

В начальную фазу, кроме структурирования лечения, входит и то, что я называю битвой за инициативу. Установив свою собственную интегрированность, определив границы здесь, на своей территории, я считаю важным определить интегрированность семьи. Вы можете называть это Я-позицией семьи. Я требую, чтобы

их жизнь и их решения принадлежали только им. Например, мать говорит во втором интервью: «Вы думаете, нужно развестись с этим человеком?», и я отвечаю: «Со мною все в порядке: я женат и не собираюсь разводиться со своей женой, и вы свободны иметь те же возможности — жить с ним или разводиться. Однако если ваш развод означает, что вы больше не придете, тогда нам лучше остановиться сейчас». В битву за инициативу включается следующий шаг: когда мы заканчиваем с начальной историей, действительно необходим вопрос: «Куда мы идем?» Я хочу участвовать, но я не хочу, чтобы они были пассивны. Мяч в их руках, и хотя я могу ловить его, я не хозяин их жизни и их усилий сделать эту жизнь более успешной. Дело не в том, что я не хочу принимать решения. Я стараюсь добиваться ясности, чтобы они поняли, что я не заинтересован ни в том, чтобы они развелись, ни в том, чтобы нет; меня не интересует, звонят ли они в полицию, когда их сын плохо себя ведет. Это их мир, и они должны жить в нем в своем собственном стиле. Я не думаю, что мой жизненный паттерн более обоснованный и более важный, чем их. Они не смогут изменить свое поведение, если каждый из них в первую очередь не будет самим собой.

Бегство в здоровье: уход или выздоровление? Если члены семьи продвинулись в направлении определения проблемы и борьбы с каким-то из своих дезадаптивных паттернов взаимодействия (таким, как борьба матери с отцом, управление наглым Джимми или Мэри, отдаляющейся дочерью, или ревность между двумя мальчишками), если они ощущают, что в этой стрессовой ситуации что-то могут изменить, они могут продолжать сами. Психотерапевту следует понимать, что их уход может быть вызван стремлением самой семьи к объединению через попытку самостоятельно разрешить семейный стресс. Они говорят: «Все стало лучше», или: «Мы очень заняты», или: «Это дорого», или «Мэри («козел отпущения») ведет себя очень мило». Я рассматриваю все подобные заявления как знак, что они хотели бы прекратить лечение и пробовать дальше сами. Я принимаю его очень серьезно, стараюсь не блокировать это стремление, считая, что оно может быть успешным, но разъясняю, что приму их, если они захотят вернуться, в любое время: завтра, на следующей неделе, через пять лет. Я стараюсь не связывать их, хотя это естественная реакция для всех нас, «матерей», когда мы боимся, что дети потерпят неудачу.

Этот подход отличается от кризисного психотерапевтического вмешательства. Я не занимаюсь определением причин кризиса, вмешательством в него и инициированием его окончания. Я делаю очевидным стремление членов семьи развиваться самостоятельно и принимаю их импульс порвать со мной как здоровое движение, в которое я верю. Я допускаю, что они будут продолжать развиваться. Я уверен, что бегство семьи в здоровье — это не только защита, но еще и завуалированная попытка совместно разрешить свои стрессы, которая может быть выражена разными способами. Например, они могут описать, какими хорошими помощниками были на этой неделе дети. Психотерапевт может интерпретировать это сообщение таким образом, что семья почувствует его готовность закончить лечение. Тогда они могут спросить, не собирается ли психотерапевт расстаться с ними. Может быть, они ему наскучили? Необходимо подбодрить их, так как в попытке действовать самостоятельно они могут объединиться как семейная группа. Закончив лечение, семья может собираться вместе специально или просто продолжать жить дальше.

Если позже они увидят, что представляют собой группу хаотически организованных индивидуумов или разобщенных подгрупп, они могут встретиться лицом к лицу с новым видом отчаяния — отчаянием небытия, отчаянием небытия семейным целым. В это время они могут вернуться. Необходимость вернуться в психотерапию создает не только объединение семейной группы, которого раньше не было, но также и такое объединение психотерапевтической команды, какого раньше не было. Этот этап похож на встречу со старыми друзьями и отличается от предыдущего этапа, как второе свидание отличается от первого. Психотерапевты ощущают большую готовность работать с ними, потому что теперь пришла семья как целое, а не кто-то один привел всех остальных.

Дети как семейные психотерапевты. На ранних фазах семейной психотерапии дети часто выступают как функциональные котерапевты для родителей. Родители иногда более склонны слушать детей, чем психотерапевтов (может быть, из-за ощущения вины). А дети в своей озлобленности и в способности любить более свободны «говорить все как есть». Это приводит к своеобразной ситуации, когда дети становятся родителями своим родителям или, как я иногда шутя говорю им, своими собственными бабушками и дедушками. Для психотерапевта заманчиво это запрещать, так как возникает интерференция с его собственным функционированием, или протестовать, так как это ставит детей в неестественное положение. Я хотел бы успокоить вас тем, что когда родители становятся более адекватными и у них совершается их собственный кризис идентификации, они объединяются и сразу возвращают детей в их изначальное положение. Это установление ощутимой границы между поколениями — очень счастливое событие для семьи, хотя и приводит всех в некоторое смятение. Дети внезапно оказываются свободными и могут себе позволить быть самими собой, и родители могут быть главными в этом семейном разделении поколений. Более того, когда эта символическая кастрация случается, родительская группа оказывается в такой позиции, в которой их взаимодействие друг с другом носит совершенный и психотерапевтический характер, и психотерапия продвигается к своей финальной фазе.

Два психотерапевта как модель. Успеху психотерапии способствует то, насколько естественны в своем взаимодействии психотерапевты, что проявляется в том, насколько открыто психотерапевты делятся друг с другом аффектом, возникающим в данный момент: «Эй, это мощная банда. Они не только заставили Джона устроить кражу той машины, но они также сами спровоцировали депрессию у матери, и даже похоже, что она может совершить суицид», или: «Гус (Август), неужели мы поскачем на новую битву?», или: «Меня так сильно радуют эти люди, что, наверное, мне пора относиться к себе с подозрением, или, может быть, ты мог бы проконтролировать мои эмоции?» Кроме того, психотерапевты могут делиться своими мнениями о семье и своей неуверенностью в психотерапевтическом воздействии. Они могут сказать, например: «Знаешь, я не понимаю, почему бы они стали нам доверять. Я не доверяю отцу. Он выглядит так, как будто он здесь для того, чтобы ездить верхом».

Для меня важно, чтобы в течение этой фазы психотерапевт старался как можно дольше оставаться для семьи странником или гостем. Оказывается, что наиболее бесплодно изображать дружественность или профессиональную манеру «умения подойти к больному», которая оставляет семью в непрерывной настороженности.

Может быть, это ставит меня самого в небезопасное положение, но я уверен, что лучше не изображать никакой работы. Психотерапевты также могут прямо перед семьей свободно делиться друг с другом своими чувствами: отчаянием по поводу своей бесполезности или страхом неудачи. Иногда они обсуждают старые шрамы или холостые выстрелы, делясь опытом. Например, я говорю своему котерапевту: «Гус, то, как этот человек говорит о своей дочери, созвучно тому, что я иногда чувствую по отношению к своей, и мне страшно вспоминать об этом» или: «У этой семьи много сходства с той, с которой мы потерпели неудачу прошлой весной. Ты согласен?» Психотерапевты могут демонстрировать семье свою разделенность или объединение: «Гус, это будет тяжелое интервью. Я все еще злюсь на тебя за то, как ты повредил моей репутации вчера днем» или: «Знаешь, мне скучна эта семья, потому что я думаю только о том, как славно было бы нам с тобой поехать на каноэ в субботу». Это открытое взаимодействие в команде часто продуцирует тревогу у семьи, но и помогает ей положиться на силу психотерапевта.

Попытка семьи расщепить психотерапевтов. Обычно в какой-то момент тревога семьи уменьшается, и тогда следующим шагом в семейной психотерапии оказывается попытка части семьи разделить психотерапевтов. Отец может сказать: «Гус, ты производишь более дружественное впечатление, чем Карл. Карл пугает меня. Если он не придет на следующей неделе, может быть, ты можешь встретиться с нами один?» Возможно, это не самая хорошая идея — каким бы то ни было способом разделить психотерапевтов, пока психотерапия благополучно продолжается. Если кто-то из них не может быть на месте, то интервью следует отменить. В дальнейшем возможно встречаться с отдельными подгруппами семьи, но я всегда (пока не доказано обратное) предполагаю, что отсутствующие на сессии члены мыслят параноидальным образом.

Фаза II (средняя). Развитие объединенной команды и культура «работы»

Когда психотерапия устанавливается и входит в более серьезную фазу работы, возникает несколько проблем, о которых команда психотерапевтов должна быть осведомлена. Наиболее важная опасность — быть абсорбированным («поглощенным») семьей. Психотерапевту может быть очень комфортно и спокойно, когда он становится похож на родителя, составляющего одно целое с детьми. Психотерапевтическая группа тогда становится однородной, перестав быть объединением двух систем, и таким образом превращается в дисфункциональную. В данном случае под «объединением двух систем» мы имеем в виду соединение психотерапевта или психотерапевтов с семейной группой (системой). Вторая опасность — психотерапевт может стать отстраненным или индифферентным по отношению к «семье-пациенту» — как родитель, который никогда не бывает настолько свободным, чтобы быть похожим на ребенка и радостно с ним играть.

Если удалось избежать этих двух опасностей, психотерапевту необходимо сделать какое-то движение по направлению к семье, чтобы активизировать заботу о ней как о целом, хотя он рискует быть «поглощенным» семьей. Это нечестно — ожидать, что семья обнажит свои проблемы, в то время как психотерапевт будет сидеть, застегнутый на все пуговицы. Как в отношениях «один на один» психоаналитик может убедить пациента в своей человечности, демонстрируя

собственные свободные ассоциации, и тогда ему будет не так страшно раскрываться, так и в семье психотерапевт должен делиться своими собственными чувствами и раскрывать свою личность, проявляя в какой-то момент собственное одиночество, паранойю, агрессивные чувства или чувства принадлежности.

Когда один из психотерапевтов готов объединиться с одним из членов семьи или войти в семью, член семьи объединяется с психотерапевтической командой и делится своим отчаянием и своей собственной индивидуальной проблемой, связанной со становлением личности. Сью говорит: «Папа, я согласна с доктором, что, когда ты так поднимаешь брови, это значит, что ты страшно зол. У меня те же чувства по поводу твоего гнева. Когда я злюсь, я похожа на тебя. Я только прячу свои чувства». Довольно странно, что, когда это происходит, один из котерапевтов может оторваться от психотерапевтической команды и присоединиться на время к семье. Он может придвинуть свой стул ближе к семье или ощутить свое единение с семьей. В общем, члены психотерапевтической команды моделируют свою собственную свободу индивидуально проявляться и отделяться друг от друга и входить в контакт с членом семьи или со всей семьей. Когда такое случается, для другого члена семьи уместнее примкнуть к психотерапевтическому сообществу и вступить с ним в коалицию. Вполне может быть, что два психотерапевта и эти два члена семьи смогут образовать критическую массу и в этот момент вся семья начинает осуществлять психотерапевтические изменения. От семейной системы требуется изменение в отношениях с этой новой суперсистемой. Психотерапевтическая команда объединяется с семьей и в то же время свободна отделиться от нее. Семья объединяется с психотерапевтами и в то же время не ощущает, что она потеряла свою собственную автономию. Один из интересных побочных эффектов всего этого — то, что психотерапевтическую команду очень редко толкают к изменению ее собственной динамики. Например, семья говорит: «Вы оба выглядите так, как будто вы страшно злы друг на друга. Я предполагаю, что Карл считает тебя слишком мягким, но я думаю, что это он слишком крутой». Такая обратная связь, конечно, должна быть принята серьезно и может быть очень ценной для психотерапевтической команды или индивидуумов, которые ее составляют.

Техника в деталях. В средней фазе семейной психотерапии могут быть использованы с большой пользой некоторые чрезвычайно специфичные техники, помогающие, например, разрушить определенные семейные мифы. Одна из наиболее специфичных техник, очень близкая к позитивной семейной системной психотерапии, — это *переопределение симптомов как попыток роста*.

Например, если жена обвиняет мужа в неверности, команда осторожно определяет, что в основе этого — отчаяние от охлаждения в их браке. Они решили (внутренне и неявно), что надо что-то сделать, чтобы супружество стало теплее. Затем, когда неверность обнаружена, огонь злости был использован для сохранения температуры их отношений. Если бы они не были готовы к изменениям, они не рискнули бы испытать эту боль.

Психологический портрет одного из членов семьи может быть переопределен как попытка уподобиться Христу: «Я буду страдать, чтобы ты и отец были спасены». Отчаяние, испытываемое одним из членов семьи, может быть переформулировано как обнадеживающий знак — знак того, что сигнал воспринят и помощь последует. Небольшая степень неискренности психотерапевта включена в эту технику, чтобы конфронтация не была слишком болезненной.

Если отношения установлены и вновь объединенная команда в действии, психотерапевт может вводить множество практических вмешательств, которые в психотерапии «один на один» показались бы неуместными, но безопасны в контексте семьи, поскольку она способна усваивать то, что ей полезно, и отвергать ненужное. Так, например, мужу, супруга которого страдает головной болью, может быть сказано, что, если он отшлепает ее, головные боли пройдут. Или жене, которая «лезет на стену» от придирок и капризов детей или от равнодушия мужа, перед всеми членами семьи может быть предложено отправиться к матери на недельку, и пусть оставшиеся сами готовят себе еду.

Другим техническим приемом, который работает, является моделирование фантастических альтернатив реальному жизненному стрессу. Например: «Если бы вы собирались убить своего мужа, как бы вы это сделали?» или: «Предположим, что у вас возникло суицидное стремление и вы решили убить себя, чем бы вы воспользовались: револьвером, ножом, цианидом?». Это только примеры свободного фантазирования, которое возможно с семьей и невозможно в большинстве случаев психотерапии «один на один». Обучение свободе фантазировать снимает эмоциональное напряжение.

Например, пациентке, совершившей суицидную попытку, может быть предложено поговорить с семьей о том, как скоро и на ком женился бы ее муж после ее смерти, как долго горевали бы он и дети, кто бы получил страховку, как бы чувствовала себя ее свекровь, забрал бы ее муж детей к матери и т. д. Это переводит переживание из воображения в рамки реального взаимодействия и помогает проанализировать фантазию, что позволяет семье обрести новую свободу, так как выясняется, что никакие пугающие слова не означают конца света.

Можно использовать также технику усиления отчаяния семьи таким образом, чтобы семья объединялась. Эта техника обычно наиболее эффективна с «козлами отпущения». Например, я говорю сыну-шизофренику: «Ты действительно думаешь, что, если ты сдашься, станешь никем и проведешь остаток своей жизни в госпитале штата, мама и папа будут счастливы друг с другом двадцать лет? Или они по-прежнему будут наступать друг другу на горло, а ты выбросишь свою жизнь напрасно?»

Очень мощная техника — *поддержать семейную революцию*. Например, в одной семье сын, который отсутствовал год, путешествуя автостопом, возвратясь, обнаружил, что его сестра очень обеспокоена, и решил остаться дома. В интервью мать была очень близка с сыном, и мы предложили, чтобы он с сестрой сделал мать своей союзницей, и тогда они втроем будут способны одержать победу над четырьмя остальными разобщенными членами семьи.

Членов семьи можно научить рассказывать друг другу свои сны. Это обычно делает психотерапевт, рассказывая о своих снах и прося помощи в их интерпретации; таким же образом семья может быть обучена методу свободных ассоциаций.

Одну из техник мы называем *аффективный переворот*. Психотерапевт делится своим внезапным чувством абсурдности всего происходящего или желанием позволить своему чувству любви или злости выражаться импульсивно, без предосторожностей, соблюдаемых обычно во время сессий. В основе этой техники лежит стремление психотерапевта развивать и эффективно использовать дразнящую игру с семьей или с ее отдельными членами. Можно использовать анекдоты, шутки, притчи и метафоры, содержащие двойной смысл. Также возможно дать пол-

ную свободу своему чувству юмора, и хотя некоторые импульсивные шутки могут быть нерелевантны, психотерапевт обнаружит, что они содержат что-то существенное для семьи и что их ценность много больше, чем можно было бы ожидать.

Я думаю, очень важно для психотерапевта культивировать дружелюбное участие, чтобы не становиться техничным, скучным или враждебным. Если психотерапевт нравится сам себе, пациент будет расти.

Очень полезно, работая с семьями, использовать некоторые примитивные приемы, обычно не применяемые в работе «один на один»: касание тела, использование вульгаризмов, необычное поведение.

Здесь уместно вспомнить опыт детских психоаналитиков, которые предупреждают о том, что прикосновение психотерапевта к детям во время психотерапевтической сессии может быть воспринято родителями неоднозначно: одни могут подумать о том, что у них крадут ребенка, другие — фантазировать о сексуальных проблемах психотерапевта или о том, что он почему-то демонстрирует свое превосходство в роли родителя.

Воссоединение «расширенной[1] семьи». Как только возникает или может быть создана возможность включения членов «расширенной семьи», психотерапия определенно ускоряется, становится расширенной и более креативной. У семьи активизируется чувство, что она — часть целого, что даже наиболее удаленные ее члены являются частью семейного союза, влияют друг на друга, на подгруппы и на группы в целом. Это взаимодействие позволяет семье воссоединиться, что так ценилось в старые добрые времена. Под влиянием стресса психотерапевтического воздействия вклады тетушки Минны, дяди Генри, кузена Билла и бабушки приобретают значение, уместность и остроту, не очевидные до тех пор, пока вы не увидите, как это происходит. «Расширенное» интервью не содержит угрозы периферийным членам — не ожидается, что бабушка и дедушка изменятся, но они внесут свой вклад в процесс изменений в семье, с которой ведется работа. Этот вклад часто оказывается существенным, если сбор семьи не имеет слишком очевидной психотерапевтической цели. Нет необходимости изучать ранние этапы жизни отца и матери. Нет необходимости предоставлять «расширенной семье» информацию о курсе семейного лечения. Целью сессии является аффективный вклад в лечение, а не исповедь перед семьей. Нет необходимости также устраивать семейную драку. Хотя конфронтации часты, обычно вмешательства психотерапевта не требуется, достаточно присутствия его как символа. Динамика таких собраний очень сложна, но особенно важно, что психотерапевт берет на себя функцию медиатора, которая до этого передавалась в семье из рук в руки или была привычно закреплена за каким-либо членом семьи. С новым медиатором опыт семьи может получить новые качества. Также возможно, чтобы соединение семьи частично базировалось на наличии психотерапевтической команды, в качестве персонифицированного «Они». Ценность собрания «расширенной семьи» может быть увеличена присутствием психотерапевтов как оппонентов. Семья видит своих реальных членов в их реальном зрелом возрасте. Родители также смогут увидеть своих детей достигшими своего реального возраста. Такого рода коррекция восприятия может быть очень конструктивной.

[1] Под термином «расширенная» семья понимается семья, включающая третье поколение, двоюродных родственников, побочные ветви и т. д.

Консультация в ситуации «тупика». Консультации как техники в семейной психотерапии сегодня редко используются.

(*Под словом консультант К. Витакер имеет в виду супервизора. В отличие от К. Витакера мы считаем супервизию семейной психотерапии необходимым условием ее успешности. Разумеется, по экономическим соображениям услугами супервизоров могут воспользоваться очень немногие психотерапевты России.*)

«По всей вероятности, если психотерапия семьи зашла в тупик, то в добавление к используемому набору вмешательств полезно и постороннее вмешательство, и тут ценной оказывается консультация. Консультант должен быть близким другом или уважаемым коллегой. Возможно, психотерапевт и семья расскажут ему всю историю и объяснят, почему положение кажется им настолько плохим, или же продемонстрируют ему видео или аудиозапись сразу после сессии. Важно, чтобы психотерапевты, на любой стадии оказавшись в тупике, взяли на себя ответственность и признались в неудаче перед семьей и (если этого недостаточно) перед лицом уважаемого ими коллеги, который со своего места может их критиковать или даже упрекать и таким образом усиливать связь психотерапевтов с семьей. Консультант похож на мачеху — он «захватчик», имеющий достаточно много родительской силы, чтобы представлять реальную эмоциональную угрозу. Разрешение тупиковой ситуации происходит отчасти вследствие открытого признания неудачи. Иногда я называю это «тактикой беспомощности». Я говорю пациентам: «Я продвинулся настолько далеко, насколько мог. Я боюсь, что вы ускользаете от моего влияния, и если это произойдет, я смогу сделать не больше, чем делаете вы, принося сюда свои прежние неэффективные воздействия».

Фаза III. Завершение психотерапии

По мере того как психотерапия продвигается в направлении устойчивых изменений (формируется семейное сообщество, подгруппы мобилизуются и треугольники приобретают достаточную гибкость), чтобы быть не слишком болезненными, медиаторы оставляют свою роль спасителей и вся семья становится довольно гибкой динамичной группой.

По сути, семья становится психотерапевтическим союзом. Час интервью — это время для их работы друг с другом, а у психотерапевтов возникает все усиливающееся чувство, что они «готовы ускакать».

Действительно, иногда на протяжении целого интервью никто ни разу не заметит психотерапевтов. Они — в стороне, и семья начинает уходить из комфортных объятий союза с психотерапевтом. Если кто-нибудь в семье способен стать достаточно уверенным в себе и спокойным, всем помогающим, чтобы его нельзя было вынудить делать что-либо во вред себе или семье или вовлечь во что-либо без необходимости, завершение проходит легко.

Фаза IV. Стадия расставания

Окончание семейной психотерапии все еще малопонятно. Кажется, семьи заканчивают процесс лечения очень по-разному. Обычно имеет место типичный отказ от психотерапевта-родителя, семья начинает отвергать его систему ценностей. Важно, что эта фаза характеризуется тревогой расставания, с которой приходится иметь дело. Один из простых способов для психотерапевта — говорить о своей собственной печали расставания. Правильно также обратиться за

помощью к семье. Очень важно, чтобы психотерапевт не старался наводить глянец и создавать впечатление, что он занимается психотерапией из альтруизма.

Если на фазе окончания есть ощущение тупика или даже ощущение вреда психотерапии, психотерапевту следует взять инициативу в свои руки. Он может:

1) отказаться продолжать психотерапию в виде отдельных встреч с родителями и вместо этого посоветовать семье постараться жить своими силами;
2) не позволить здоровым членам семьи закончить психотерапию, так что они будут вынуждены ускорить «отрезание» семьи от психотерапевта;
3) пригласить профессионального консультанта или собрать «расширенную» семью, чтобы ее члены выступили в роли консультантов;
4) организовать многосемейную сессию, где две и больше семьи могут взаимодействовать;
5) показать семье свое опасение, что семья находится в зависимости от психотерапевта, и поэтому его решение прекратить психотерапию пойдет ей только на пользу.

Иногда полезно на этой стадии внести обещанную ноту будущих отношений с семьей типа «взрослый–взрослый».

Заключение

Я не настаиваю на том, что лучшая модель семейной психотерапии есть модель роста семьи, и, таким образом, оба психотерапевта должны с самого начала объяснять, что они здесь для максимально продуктивного и успешного расставания с семьей. Сексуальное образование важно и полезно для того, кого вы любите. Если вы не любите семью, с которой работаете, вы не только упускаете золотую возможность, но, возможно, создаете веру в то, что чего-то не случилось, тогда как на самом деле оно произошло. Семья, которая достойна лечения, — достойна любви, и расставание с ней горько.

Стенограмма сеанса семейной психотерапии Карла Витакера

Сеанс психотерапии Карла Витакера с семьей, с которой работал врач Ю. Г. Д. (29 июня 1990 г., Санкт-Петербург, гостиница «Санкт-Петербург»).

На сессию пришли: бабушка, мать, ИП (идентифицированный пациент) Юра 10 лет, врач Ю. Г. Д. (рис. 41).

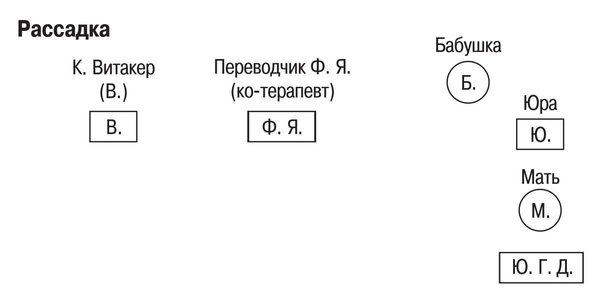


Рис. 41

В. (*к Ю. Г. Д.*). Представьте их.

Ю. Г. Д. представляет членов семьи

В. Где отец?

Ас. (ноль)

Ю. Г. Д. (*делает выразительный негативный жест)*. Проблема мальчика в том, что он дерется, не слушается, у него нет друзей.

Re. Сильная атака на семейную тайну. Не хочет принимать умалчиваний в семье, не дает им возможности поделиться «семейным мифом».

В. Я спрашивал, где отец.

Ас. Пытается исправить ошибку стремительной атаки, допускает наличие у членов семьи (матери и бабушки) отрицательных эмоций к отцу ребенка.

Д. (*Ю. Г. Д.*). Развелись, когда мальчику было два года.

Б. Его давно нет в семье.

В. Где дедушка?

Б. На работе.

В. И не мог прийти?

Б. Да.

В. Почему?

Б. Не интересуется.

В. Ужасно.

Re. Дает понять, что таким образом описанная ситуация дает основания определить семейный контекст как дисфункциональный. Сильная атака на «семейный миф».

Ас. Не дает шанса бабушке почувствовать себя отвечающей за благополучие семьи. Не дает ей поддержки.

Ас. Чувствует напряжение и переключает внимание на ИП, как это принято в семье.

Д. Юра брал дома деньги и покупал подарки детям.

В. Кому от этого стало плохо?

Д. Брал деньги у матери без спросу.

Ас. Поддерживает СВ: бабушка обвиняет внука.

В. Кто жаловался на его драчливость в школе? Учитель?

Д. Мать и бабушка. Учителя жаловались на его неусидчивость. Временами Юра неуправляем.

В. Откуда они узнали об этих проблемах? От учителя в школе.

Re. В. Исследует проблему, проверяет факты. Хочет отделить знания о поведении ребенка от фантазий о нем родителей.

Д. Нет. (*Долго оправдывается*). Обратились к психиатру, не болен ли он, если ведет себя таким образом.

Re. Продолжает атаки на право бабушки командовать домом. Выясняет, почему она командует.

В. Он психически здоров?

Б. Нет.

В. Вы считаете, что он похож на отца по характеру?

Б. Да, но я не говорю об этом.

Re. Продолжает атаки на бабушку. Дает ей обратную связь о ее инконгруэнтности.

В. Он не догадается об этом?

Б. Он не помнит.

В. Вам не кажется, что вы, когда смотрите на него, видите в нем его отца? Гневаетесь, и он это видит? В вашей улыбке гнев — я вижу?	
Б. Да (*оправдывается*).	
В. (*к матери*). Вы всегда слушаетесь бабушку?	Re. Включает в беседу другого члена семьи.
М. Да.	
В. А что касается сына?	Re. Исследует отношения в диаде «мать–сын».
М. Да, сходимся.	
В. Вы можете оправдать его? Может, он учит вас не слушаться матери?	
М. Мы живем вместе с сыном. Бабушка и дедушка отдельно.	
В. С кем остается сын, когда вы работаете?	
М. С бабушкой.	
В. А после вашего возвращения?	
М. Мы — он и я — вместе.	
В. Воровал ли отец деньги?	
Б. Нет.	
В. Знаете ли вы кого-нибудь, кто научил мальчика воровать деньги?	Re. Исследует проблему, структуру семьи, строит гипотезу: «В семье есть ложь, т. е. кража правды».
Б. (*сильно сопротивляется слову «воровать»*). Он взял деньги.	
В. Значит, украл.	Re. Сильная атака заставляет бабушку описывать реальность, а не строить иллюзии, с помощью которых она держит власть в своих руках.
Б. (*кивает головой, соглашается*).	
В. А я думаю, что это такое он сделал? Может быть, с возрастом он все больше будет красть?	Re. Увеличивает масштаб проблемы, чтобы побудить ЧС реально описывать ситуацию. Не врать, не прятаться от проблемы.
Б. Не знаю. Может быть. Я сказала: «Я сделаю твоим друзьям подарок — отрублю твои руки и подарю твоим друзьям».	Опять взяла власть в свои руки, пересекла границу диады «мать–сын».
В. Если отрубите руки, то он ничего не сможет?	Re. Атакует бабушкины воспитательные действия, ее ложь.
Б. Буду кормить его до смерти.	
В. Отрубите ноги — не надо будет в школу ходить.	
Б. На колясочке повезу. Может, я не права?	
В. В США многие богатеют на воровстве.	
Б. Ой, не говорите так.	
В. Мама, что вы думаете насчет отрубленных рук?	Re. Привлекает мать к сотрудничеству, напоминает, что ребенок все-таки ее.
М. Она права.	
В. Она сама сделает или вас попросит?	
М. Мы ничего не сделаем.	Re. Признается в том, что они живут в мире лжи, а не в мире реальности.

В. Вы лжете? Учите лгать? Вы крадете правду? Если я научусь красть правду, то стану президентом США.	Re. Очень сильный удар по структуре семьи, границы размытые, сына воспитывает не мать, а бабушка. Мать отказалась от своего счастья, рабски зависит от бабушки. Учит описывать реальность (насчет США).
В. Почему они хотят отрезать тебе руки?	Ac. Привлекает ИП, который чувствует себя изолированным.
Ю. Краду деньги.	
В. Маму воспитал Сталин?	Re. Реализует принцип семейной жизни: каждый говорит только за себя.
Ю. Не знаю.	
В. А где отрежут?	
Ю. Не знаю.	
В. Они говорили неправду?	Re. Атакует диаду «мать–бабушка», основанную на лжи.
Ю. Да.	
В. Они не говорили, что твоя мать любит отца?	
Ю. Не знаю.	
В. Расскажу о себе (подробности о жизни на ферме). Если женщина родила, то она любит отца. Найдешь его, передай, что мать его любит.	Ac. Рассказ о себе — поддержка самого младшего. Re. Пытается расширить семейную систему. Сомнительно утверждение о любви матери к отцу (аргументация родами).
В. Когда они лгут, ты их ругаешь?	Re. Как противостоять лжи, кроме правды.
Ю. Нет.	
В. Можешь сделать так, чтобы дедушка их ругал?	
Ю. Не знаю.	Re. Откликается на слова В., используя его аргументацию.
В. Он любит тебя?	
Ю. Да.	Юра усиливает защиту прежней структуры «жить во лжи».
В. Маму?	
Ю. Да. Она его дочь.	Re. Проверяет, верит ли Юра в ложь бабушки. Убеждается, что тот принимает все ее слова как ложь.
В. У меня чувство, что бабушка врет.	
Ю. Правду сказала.	
В. Тебе не снится, что она отрежет тебе руки?	Re. Очень сильная атака на ложь, которая цементирует дисфункциональную систему.
Ю. Нет.	
В. Все отрежет?	
Ю. Нет. Она — моя бабушка.	
В. Может быть, она не твоя бабушка или дочь — не ее дочь? Приемная? Может, тебя украли в больнице? Ты не принадлежишь матери, а принадлежишь бабушке. Ужасная путаница.	Re. Поиск пути решения проблемы — не жить в мире лжи. Re. Доводит до гротеска неконструктивные способы решения проблемы.
В. Сколько тебе будет лет, когда ты убежишь из дома?	
Ю. Не знаю.	
В. Возникла безумная мысль — ты убежишь в США и будешь жить со мной. Буду давать тебе деньги, разные вещи.	Re. Исследует правду в присутствии сына, которому ее никто ему не говорил.

Тебе будет там легко, в США все дети глупые — никто из них не знает русского языка.

В. (*к матери*). Как вы расстались с мужем?

М. Мы просто разошлись, развелись.

В. Из-за него?

М. (*мнется, сын поощряет ее*). Не сошлись характерами.

В. Вы любили друг друга?

М. Да.

В. Почему разошлись?

М. Тяжелый характер у него. Вспыльчивый.

В. Бил?

М. Нет.

В. Как отнеслась к разводу ваша свекровь?

М. Она неплохая, но не могла помочь.

В. Непонятно. Двое любят и вдруг расстаются.

Б. (*красная, сидит молча*).

М. Не могу ответить.

В. Муж не понравился вашему отцу?

М. Нет.

В. не знает, что в российских семьях часто жена важнее мужа. Не выяснил отношение бабушки к браку дочери.

В. Отцы всегда внимательны к делам дочерей. Они ревнивы, они хотят отрезать руки и так далее.

М. Нет.

В. Бабушка, что вы хотите сказать?

Ас. В. Заметил эмоциональное напряжение бабушки. Понял, что мать боится бабушки.

Б. Дети поженились, мы уехали в другой город, оставили им трехкомнатную квартиру. Свекровь обещала следить за ними и помогать им. Но этого не произошло.

В. А что произошло?

Б. Молодым надо было... Брак быстротечный. Они были мало знакомы. Дочь уравновешенная, а он тяжелый, я обращалась к его матери. Его мать говорила, что он всегда такой. Такой характер и у внука. Внуку ничего плохого об отце не говорили. Отец им не интересуется.

В. Откуда вы знаете, что отец не интересуется?

Б. Не звонит по телефону.

В. Может, отрезать ему руки?

Б. Я не собиралась этого делать. Просто угроза, чтобы не брал деньги. Был ремень, и была угроза. Не хочу, чтобы внук сидел в тюрьме.

В. Может, его долго не продержат в тюрьме?	Re. Все время атакует бабушку, проверяет, врет она или описывает реальность.
Б. Это конец.	
В. Отец в тюрьме?	
Б. Нет, живет в другом городе.	
В. Подумаешь, несколько недель в тюрьме.	
Б. Нет, нет. Мальчик умный, а поведение плохое. Врачи дадут совет, лекарство (*грозит внуку*).	Пытается восстановить прежние СВ. Готова ответственность переадресовать врачу, но оставить структуру семьи неизменной. Ведет себя так, словно ее внук состоит из двух людей.
В. Может, будет воровать не дома, а у других, тогда его не поймают.	
Б. Мы не хотим. Я все сделаю, чтобы его не потерять.	Нарушает семейное правило говорить только за себя. Сильно сопротивляется, защищает семейный «статус-кво».
В. Кроме отрезания рук надо пригласить отца и деда.	
Б. Нет, нет.	
В. Безнадежно.	Re. Атака В.
В. Надо решить, чем отрезать — пилой, топором? Я думаю, лучше пилой.	
Б. Это было возбуждение. Не надо больше.	
В. Вы возбуждаетесь, как отец мальчика и дедушка?	
Б. Да.	Ас. Расширяет границы аффектации, объединяет по эмоции возбуждения Б., отца и дедушку.
В. Одна невспыльчивая — мать.	
Б. И мать теперь тоже.	
В. Может, отрезать руки вашему мужу (дедушке)?	Объединение на аффектации.
Б. Мы отрежем вам руки или язык.	
В. Я не возражаю. У меня две руки. Может, лучше топор?	
Б. В нашем государстве такой кары нет.	Признается в своем вранье.
В. Можно в шутку посадить бабушку в тюрьму. А вам надо позаботиться, чтобы внук не стал похож на отца.	
В. Мама, хотите что-то сказать?	Она очень мало получила поддержки. Предпочитает быть «уравновешенной» дочерью.
М. Нет.	
Б. Думала, будет помощь.	
В. Семья безнадежная. Юра, хочешь спросить?	
Ю. Нет.	
В. Все ушли в напряжении. (*В. За руку прощается с бабушкой.*)	

Комментарий Карла Витакера к сеансу семейной психотерапии

Все лгут и крадут в семье. Поэтому и парень так делает. У меня не возникло ощущения, что они хотят помощи. Просто с нашей помощью они хотели отрезать ему руки.

Мать не рассказала честно о разводе. Бабушка не захотела привести деда.

Единственное, что удалось сделать, — научить мальчика смеяться над семьей.

Система создала симптом для того, чтобы тревожиться не о себе, а о мальчике. Все уходят от реальности.

Бабушка будет злиться, потому что я ее победил. Мать будет злиться, потому что она была таким ничтожеством. А мальчик поумнеет. Мальчик был взрослым, а родители — лживыми детьми.

В этой семье бабушка украла у матери сына, мать стала гувернанткой. Бабушка хочет верить, что она молодая. Раз это ее сын, значит, она молодая. Мальчик узнал, что у него есть отец, у него появился путь. Бабушка будет мстить дочери и внуку. Это не поражение, а успех. Дочь, возможно, пойдет на альянс с сыном и даст сдачи матери. Матери можно было бы помочь стать более активной, если бы она нашла ответ на мой вопрос: «Вы не слушаетесь своей матери?» Она, к сожалению, только вяло улыбнулась. Она мертва. Я показал, как надо бить бабушку.

Мальчик шалит в школе, потому что дома нельзя. Будет хорошо, если мать разойдется с бабушкой и найдет себе мужа.

Наблюдая за работой К. Витакера, известный чешский психотерапевт Станислав Кратохвил сказал: «Если я буду так работать у себя на родине, то мои пациенты будут совершать суициды». (Со слов Ю. Г. Д., спустя много лет, больше он не видел эту семью.)

Семейная психотерапия конструктов

> В жизни мужчины произошло несколько несчастий: ушла жена, его выгнали с работы, дочка сбежала из дома. Он решил повеситься. Привязал веревку, встал на табуретку и тут вспомнил, что в холодильнике есть водка: «Выпью перед смертью, а то придут друзья и выпьют». Выпил один стакан, задумался: «Жена ушла — плохо! Впрочем, это как посмотреть... Я еще себе другую найду». Выпил еще немного: «Работы нет? Так она надоела мне. Лучше другую поискать. Дочка ушла? Да и Бог с ней, без нее еще и лучше. Господи! Как жизнь-то налаживается!»

Этот анекдот передает суть психотерапии конструктов — нового направления семейной психотерапии, имеющего очень короткую историю. Наиболее известные психотерапевты этой школы — Р. А. Нимейер (Neimeyer R. A., 1983), Фэй Франселла и Пегги Дальтон (Fransella F., Dalton P., 1972, 1982, 1996). Разработка концепции этого направления принадлежит Джорджу Келли, основоположнику «психологии личностных конструктов» (*personal construct psychology, PCP*)[1].

Джордж Александер Келли родился в фермерской семье в 1905 г. Получил математическое и психологическое образование. Оказывая психологическую помощь людям, пострадавшим в годы Великой депрессии на Среднем Западе, пришел к выводу, что люди страдают в большей степени от нищеты, засухи, от природных катаклизмов, чем от неудовлетворенного либидо.

[1] См.: *Хьелл Л., Зиглер Д.* Теории личности. СПб.: Питер Пресс, 1997. С. 431.

Самая известная работа Келли, опубликованная в 1955 г., «Психология личностных конструктов», была основана на философии альтернативизма конструктов. Келли утверждал, что не существует никаких предметов и явлений в мире, по поводу которых «не может быть двух мнений». Поскольку факты и события, как и весь человеческий опыт, существуют только в сознании человека, есть различные способы их истолкования. Например, 30-летняя женщина, расставаясь со своим мужем, объясняет свое поведение следующим образом: «Я его не любила. Жила, думала — будет заботиться обо мне как отец». Муж сказал бы, что он рассчитывал на заботу и внимание, но ничего этого не получил. Мать этой женщины сказала бы, что развод ее дочери — следствие того, что дочь очень плохо воспитана.

Келли резюмировал свою приверженность альтернативизму конструктов следующим образом: «...мы сегодня сталкиваемся с фактами, которым можно дать столько объяснений, сколько в состоянии придумать наш разум». (цит. по: Л. Хьелл, Д. Зиглер, 1997). В основе когнитивной теории Д. Келли лежит представление о человеке как об исследователе, выдвигающем различные гипотезы, с помощью которых он пытается предвидеть и контролировать события реальной жизни. Келли полагал, что люди в основном ориентированы на будущее, а не на прошлое или настоящее. «Именно будущее беспокоит человека, а не прошлое. Он всегда стремится к будущему через окно настоящего» (Kelly G., 1955). По этому поводу аналитик, возможно, сказал бы, что тем, что заставляет человека думать о своем будущем, является все-таки прошлый опыт и энергия инстинктов, а Келли полагал, что человек склонен рассматривать события с точки зрения поставленных вопросов и найденных ответов.

Личностные конструкты, по Д. Келли, — это мысли, с помощью которых индивид осознает или интерпретирует свой опыт. Если конструкт помогает точно прогнозировать события, то индивид сохраняет его, а если прогноз не подтвердится, то конструкт, скорее всего, будет переделан или исключен. Личностные конструкты биполярны и дихотомичны, а формирование их обусловлено когнитивным процессом наблюдения сходства и различий. Для личностного конструкта необходимы как минимум три элемента, два из которых имеют сходства, а третий от них отличается. Каждый конструкт имеет два полюса — эмерджентный (полюс сходства) и имплицитный (полюс контраста). Цель теории личностного конструкта — объяснить, каким образом люди интерпретируют и прогнозируют свой жизненный опыт с точки зрения сходства и различий воспринимаемых объектов.

Личностные конструкты могут быть оценены по нескольким параметрам.

1. *Диапазон применимости* — включает в себя все события, при которых конструкт релевантен и применим. Например, конструкт «хороший–плохой» имеет широкий диапазон, а конструкт «профессиональный–непрофессиональный» вряд ли будет применим для описания, например, преимуществ и недостатков замужества или безбрачия.
2. *Фокус применимости*. Он относится к тем явлениям в рамках диапазона применимости, для описания которых данный конструкт подходит более всего.
3. *Проницаемость–непроницаемость*. Проницаемый конструкт допускает в свой диапазон применимости элементы, еще не истолкованные в пределах его границ. Он открыт для объяснения новых явлений. Непроницае-

мый конструкт, охватывая явления, которые составляют его первоначальную основу, остается закрытым для интерпретации нового опыта.

Келли выделил несколько типов конструктов.

Конструкт, который упреждает (стандартизирует) элементы, для того чтобы они были исключительно в его диапазоне, он назвал *упредительным конструктом*. Он относится к *классификационным конструктам* — то, что попало в одну классификацию, исключается из другой. Носители классификационных конструктов характеризуются ригидностью, склонностью оценивать реальность с помощью наклеивания ярлыков. Например, кто-то оценивает кого-то как «очень злого». Значит, во всех ситуациях, несмотря на другие факты, он будет только «злым».

В *констелляторном конструкте* элементы одновременно принадлежат другим областям, но они постоянны в составе своей сферы. То есть если явление относится к какой-то категории одного конструкта, другие его характеристики фиксированы. Пример шаблонного констелляторного мышления: «Если человек работает в торговле, то он, скорее всего, нечестен и хочет в первую очередь обмануть покупателя». Констелляторные конструкты ограничивают наши возможности альтернативных мнений — раз мы относим человека к данной категории, то мы обязательно наделяем его всеми соответствующими ей характеристиками.

Если перечисленные два типа конструктов имеют свойство ограничивать опыт индивидов и детерминировать безальтернативные формы поведения, то *предполагающий конструкт* оставляет свои элементы открытыми для того, чтобы принимать альтернативную точку зрения на мир. Пример: «Этот человек работает в торговле. Наверное, он должен обладать многими качествами — уметь разговаривать с людьми, быстро соображать, хорошо считать, быть образованным... Он может быть разным в разных ситуациях».

Нельзя сказать, что предполагающие конструкты должны превалировать над другими. Индивид, который обладает и ограничивающими и предполагающими конструктами, имеет больше возможностей для построения стратегий и тактик поведения, чем индивид, когнитивная сфера которого представлена только ограничивающими или только предполагающими конструктами.

По мнению Д. Келли, определенные личностные конструкты оказывают большое влияние на организацию семейных отношений (Fransella F., Dalton P., 1996).

Основным постулатом теории Келли, который лег в основу семейной психотерапии конструктов, было утверждение, что поведение людей определяется тем, как они прогнозируют будущие события. Келли сделал несколько выводов из основного постулата. Рассмотрим важнейшие из тех, которые имеют отношение к семейной психотерапии.

1. *Индивидуальность и организация*. «Люди отличаются друг от друга тем, как они интерпретируют события» (Kelly D., 1955, p. 55). Иногда их интерпретации совпадают, иногда — нет. Совпадение или несовпадение конструктов у членов семей может приводить как к гармонии семейных отношений, так и к конфликту. По мнению Келли, личностные конструкты каждого человека имеют отличительные черты и организованы по-разному.

   В случае некоторых психических расстройств конструкты сочетаются хаотически, в случае психического здоровья имеет место иерархическое

построение конструктов. Конструкты делятся на *подчиняющие* и *подчинительные*.

2. Каждый человек постоянно выбирает, какой конструкт и какой из его полюсов целесообразнее использовать для прогноза событий. Система конструктов разрабатывается либо в направлении *определения*, либо в направлении *расширения*. Определение подразумевает использование конструкта знакомым образом, путем применения его к знакомому событию. Расширение включает в себя выбор альтернативы, которая позволит увеличить диапазон применимости конструкта, т. е. расширить возможности понимания событий. Разница между определением и расширением в теории Д. Келли означает либо безопасность, либо риск. Во многих жизненных ситуациях люди должны решать, какой именно из этих двух способов в дальнейшем будет формировать их личностные конструкты.
3. Очень важным в понимании детерминации поведения представляется цикл ОВИ (*«Ориентировка — Выбор — Исполнение»*), который заключается в последовательном обдумывании нескольких возможных конструктов и выборе того, который окажется лучшим для интерпретации сложившейся ситуации. В фазе ориентировки человек рассматривает несколько конструктов, которые можно использовать для осмысления данной ситуации. Фаза выбора наступает, когда человек ограничивает число альтернативных конструктов до количества, наиболее приемлемого для решения ситуации. Во время фазы исполнения человек выбирает направление действий и особенности поведения. Человек проходит через ряд циклов ОВ И, прежде чем решит, какой конструкт следует использовать для интерпретации ситуации.
4. *Общность*: «Если интерпретации опыта у двух разных людей сколько-нибудь похожи, то это значит, что похожи их психические процессы» (Kelly D., 1955, p. 90).
5. *Содружество*: значимое социальное общение с кем-либо требует понимания того, как конкретные люди воспринимают реальность. Отношения симпатии и дружбы возникают чаще у людей, имеющих сходные личностные конструкты. По наблюдениям Нимейера, супруги, имеющие сходные личностные конструкты, в большей степени удовлетворены своими супружескими отношениями и их семейное счастье более длительно (R. A. Neimeyer, 1983).

Семейная психотерапия конструктов направлена на восстановление системы конструктов у членов семьи для восстановления их прогностической эффективности.

В своей практике Д. Келли разработал собственную психотерапевтическую процедуру, которую назвал «*терапия фиксированной роли*» (Хьел Л., Зиглер Д., 1997). Психотерапия начинается с составления клиентом характеристики на себя самого, написанной в 3-м лице: «Я хочу, чтобы вы написали заметки о характере Гарри Брауна, как если бы он был главным героем пьесы. Напишите о нем так, как мог бы написать его друг, знающий его очень близко и очень хорошо к нему относящийся. Пишите о нем в третьем лице. Например, начните: "Гарри Браун — это..."» (Kelly G., 1991, p. 242). Анализ такой характеристики позволяет психотерапевту выявить личностные конструкты, которые использует клиент в интерпре-

тации своей личности и своих отношений со значимыми другими. В дальнейшем опытные психотерапевты на основании характеристики составляют описание идеального Г. Брауна, а у последнего появляется возможность заняться переоценкой собственного жизненного опыта. Для этого клиент во время встречи с психотерапевтом начинает играть «идеального себя» в различных житейских ситуациях (второй этап терапии фиксированной роли). В конце психотерапии (третий этап) клиент возвращается в свое прежнее «Я» для того, чтобы обсудить с психотерапевтом приобретенный опыт.

Кроме техники «характеристики», используются техники «подъем по лестнице» (*laddering*) и «складывание пирамиды» (*pyramiding*).

«Подъем по лестнице» (Hinkle, 1965) позволяет клиенту (клиентам) изучить иерархию конструктов. Если клиент предпочитает пользоваться подчиняющими конструктами, то психотерапевт его спрашивает: «Почему? Чем лучше для вас играть подчиняющие роли?» Обсуждение конструктов с помощью вопросов, начинающихся со слова «почему?», похоже на своеобразный подъем вверх по лестнице.

«Складывание пирамиды» (Ландерфильд, Драйден, 1971) — эта техника очень похожа на «подъем по лестнице», но психотерапевт вместо вопросов «почему?» задает вопросы «как?», «что за люди вам подчиняются?», «как вы узнаете, что человек подчиняется?». Процедура «складывания пирамиды» представляет собой своеобразное движение «вниз», к конкретизации описания поведения вследствие действия того или иного конструкта, а «подъем по лестнице» представляет собой движение «вверх», к поиску более широкого мотива, который запускается вопросом «почему?», т. е. к обнаружению более абстрактного конструкта.

Психотерапевтическая техника *«ABC-model»* («АБВ-модель») также описана исследователями (Tschudi, 1977). Клиента просят охарактеризовать каждый полюс исследуемого конструкта. Пример: у женщины избыточный вес. Ей задают вопросы: какие преимущества она имеет вследствие избыточного веса? Какие минусы привносит в ее жизнь большой вес? Таким образом, клиент имеет возможность определить границы действия конструкта и предпринять попытки перестроить его.

Описанные технические приемы используются как в индивидуальной работе с клиентом, так и при работе с семьей.

Показания к психотерапии конструктов:

1) у членов семьи дефицит конструктов, касающихся семейной жизни. Пример — семья, члены которой обсуждают поведение в терминах одного-единственного конструкта: «виноват — не виноват»;
2) неразработанность упредительных и констелляторных конструктов, отсутствие градаций, наличие конструктов типа «черное–белое», на смену которым могут прийти конструкты типа «черное–серое–белое»;
3) несовпадение конструктов у членов семьи, особенно у супругов.

Цель и условия проведения семейной психотерапии конструктов, противопоказания к ней

Цель психотерапии — обретение движения, изменений. Согласно точке зрения Келли, человек с психологическими проблемами — «застрявший»: он изо дня в день повторяет паттерны дезадаптивного поведения, снова и снова ходит по

Случай 34

СУПРУЖЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ КОНСТРУКТОВ

Лиля, 36 лет. Замужем за однокурсником, воспитывает двух дочерей. Последние 6 месяцев чувствовала себя плохо — плохо спала, раздражалась, обижалась и плакала, появилось ощущение комка в горле. Однажды в присутствии матери с ней «случилась истерика» — упала на пол, кричала, плакала, била руками по полу. Появились суицидальные мысли.

После первого интервью стало известно, что она очень недовольна своим мужем, который, по ее мнению, отдалился от нее, стал безразличен и «недопустимо эгоистичен». «Он перестал работать ученым в нашем НИИ, занялся бизнесом, разбогател, отдалился от круга наших друзей. Ведь знает же, насколько они все бедно живут, однако и не думает скрывать свой достаток, хотя бы не упоминать о нем. А отношения со мной? Дает обещание отвезти дочек в школу и обманывает, а дочек везет его шофер. Он, видите ли, занят! Не стыдно ему пожилого мужчину эксплуатировать?»

Выросла в семье известного ученого в обстановке скромности, долженствования, экономности в проявлении эмоций. Главным принципом ее жизни стало «быть всегда вместе — в семье, в классе, с друзьями. Быть наедине с собой нельзя».

Всего с Лилей было проведено 10 сеансов психотерапии продолжительностью 1 час каждый. На первом сеансе она рассказала о своем видении проблемы, на второй она пришла с характеристикой в 3-м лице. С этого момента началась работа по обнаружению и трансформации имевшихся у нее жестких и ригидных упредительных и констелляторных конструктов.

После достижения определенного осознания ею своей роли в семье не только как «жертвы», но и как «прокурора», достигнутого к пятому сеансу, она прекратила психотерапию на два месяца, а затем появилась вновь: «Я переоценила свои достижения. Готова работать дальше». Стала более раскованной, чаще использует личное местоимение «я», впервые в своей жизни начала пользоваться косметикой, а однажды не отказала себе в удовольствии провести вечер в компании старого приятеля.

В семейной жизни отказалась от роли «ответчицы за все», с удивлением заметила, что муж стал раньше приходить домой и помогать ей в решении бытовых вопросов.

Дочери охотно включались в семейные праздники и повседневные хлопоты.

С мужем был проведен один сеанс, во время которого он сказал, что не узнает свою жену, что любил ее и раньше, но сейчас их чувства стали более глубокими и взаимными.

кругу. Обновление, трансформация личностных конструктов — побудительная причина изменений.

По мнению Келли, в конструктивной психотерапии не существует никакого специального психотерапевтического отношения, никаких особых указаний на эмоциональную обстановку сеанса, никакого взаимодействия, которое само по себе было бы панацеей (Kelly G., 1969). Успешность конструктивной психотерапии возрастает при убежденности клиента в том, что ответ может найти только он сам (с помощью психотерапевта), но если он твердо верит в силу пилюль, то вряд ли примет идею, что психотерапия — это необходимость работать самому.

Конструктивная психотерапия практически не имеет противопоказаний. Главный фактор, ограничивающий ее эффективность, — это проблемы самого психотерапевта. Эффективности способствуют такие качества психотерапевта, как креативность, изменчивость и агрессивность: «Каждый случай, с которым имеет дело психотерапевт, требует от него создания индивидуализированных техник вмешательства и формирования у себя таких конструктов, которые он до этого не употреблял. Для того чтобы быть креативным, психотерапевт должен быть способен принимать разнообразие ролей и быть агрессивным (активным) в деле проверки

гипотез» (Kelly G., 1991, p. 32). На наш взгляд, правильнее говорить об активности и настойчивости психотерапевта в поиске альтернатив и проверке решений. Психотерапевт решает, в рамках какого контекста должны происходить терапевтические изменения: работа с одним клиентом, работа с клиентом в группе или в семье.

Менее эффективна конструктивная психотерапия при гипердинамическом синдроме, синдромах кататонии и компульсивности.

В качестве иллюстрации приведем случай супружеской психотерапии, которая основывалась на теории личностных конструктов (случай 34).

Семейная поведенческая психотерапия

Теоретическое обоснование семейной поведенческой психотерапии содержится в работах Б. Ф. Скиннера, А. Бандуры, Д. Роттера и Д. Келли. Поскольку это направление в отечественной литературе изложено достаточно подробно (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997; Федоров А. П., 1991; Кулаков С. А., 1996, 1997), то мы позволим себе изложить материал фрагментарно, сделав акцент на самых важных техниках.

Основной принцип поведенческой психотерапии заключается в том, что поведение подкрепляется его последствием (оперантное обусловливание). Отсюда следует, что поведенческий паттерн будет сопротивляться изменениям во всех случаях, кроме тех, когда возникнут более благоприятные последствия.

Поведенческие психотерапевты не без гордости заявляют, что история развития их направления отличается от магистрального пути психотерапии (от искусства к науке) — начавшись с лабораторных экспериментов, поведенческая психотерапия может, сохраняя свойственную науке точность, трансформироваться в искусство.

Нормальное и искаженное функционирование семьи

Поведенческие психотерапевты не интересуются историей семьи, их больше интересует анализ последовательности поступков. Поэтому ответить на вопрос, что такое нормальное или искаженное развитие семьи, в парадигме поведенческой психотерапии очень трудно. При таком подходе «хорошие семейные отношения» — это такие, при которых происходит обмен приятным поведением, а неприятное поведение представлено минимально.

Пионерское исследование показало, что удовлетворенность в браке в значительно большей степени обусловлена отсутствием взаимных фрустраций, нежели объемом доставляемых друг другу удовольствий (Wills, Weis, & Patterson, 1974).

Азрин, Настер и Джонс (Azrin, Naster, & Jones, 1973) перечислили ряд причин, обусловливающих супружеские дисгармонии:

1) супруги получают в браке мало подкреплений;
2) в браке удовлетворяется слишком мало потребностей;
3) подкрепление в браке не приносит удовлетворения;
4) новое поведение не получает подкрепления;
5) один из супругов дает большее подкрепление, нежели получает;
6) внебрачные источники удовольствия конкурируют с брачными;

7) информация о потенциальных источниках удовольствия неадекватна;
8) адверсивный контроль преобладает над позитивным подкреплением. Адверсивный контроль чаще всего проявляется руганью или молчанием и является неудачной попыткой добиться сплочения в дисфункциональных семьях.

Техники семейной поведенческой терапии

Одной из наиболее часто применяемых техник является поведенческий тренинг родителей. Процесс психотерапии начинается с того, что психотерапевт переформулирует представления клиента о сущности проблемы и возможных путях ее решения. Поведенческие психотерапевты, в отличие от большинства семейных психотерапевтов, считающих, что семья является проблемой и поэтому все члены семьи должны проходить лечение вместе, принимают точку зрения родителей, что ребенок и есть проблема. Поэтому на сеансы приглашают ребенка и кого-либо из родителей. Поведенческий тренинг родителей преследует цель повышения их компетентности в вопросах воспитания детей, распознавания и модификации паттернов эмоционально-поведенческого реагирования.

Грациано разделил поведенческие проблемы детей, которые хорошо корригируются в результате тренинга, на шесть категорий:

1) соматические симптомы — проблемы питания, навыки опрятности и т. д.;
2) сложные синдромы — психозы, отставание в развитии, синдром минимальной мозговой дисфункции и др.;
3) негативизм и агрессивное поведение — гиперактивность, драчливость, вербальная и невербальная агрессивность и др.;
4) страхи и фобии;
5) нарушения речи — элективный мутизм;
6) общие поведенческие проблемы, наблюдаемые дома, — уборка помещений, послушание, одежда и др. (Graziano, 1977).

Все техники семейной поведенческой психотерапии разделены на три группы:

1) техники, основанные на использовании оперантного обусловливания;
2) техники, основанные на респондентном обусловливании;
3) когнитивно-аффективные техники (Nickols M., 1984).

Наиболее популярны техники психотерапии первой группы:

- *шейпинг* (формирование) — заключается в том, что желаемое поведение достигается небольшими порциями через последовательное подкрепление, что постепенно приближает цель;
- *жетонная система* — использует деньги или очки, чтобы вознаградить детей за успешное поведение;
- *контрактная система* — включает в себя соглашение с родителями о том, что, как только ребенок изменит свое поведение, они также изменят свое;
- *обмен изменениями за вознаграждение* — разные образцы поведения подкрепляются как наградами, так и наказаниями;
- *тайм-аут* (прерывание) — подразумевает наказание в виде изоляции (поставить ребенка в угол).

В качестве подкрепляющих факторов выступают вещественные стимулы (деньги, конфеты) и социальные стимулы — улыбка, похвала, внимание и т. д. С нашей точки зрения, отрицательное подкрепление симптома может стимулировать в семье действие тех причин, которые и формируют симптом. Редукция симптома вызывает усиление причин. Если один метод поведенческой психотерапии как бы отменяет другой, ранее применяемый, это означает, что цепь этих методов бесконечна.

К методам поведенческой психотерапии, которые используют *респондентное обусловливание* и вызывают модификацию физиологического ответа, относятся:

- систематическая десенсибилизация (J. Wolpe, 1969);
- тренинг самоутверждения (Zatarus A., 1971);
- аверсивная терапия;
- сексуальная терапия.

Большинство этих методов было апробировано на взрослых пациентах, затем их использовали в работе с родителями, чтобы те в свою очередь применяли их на детях — так называемая «делегирующая терапия».

К *когнитивно-аффективным техникам* относят следующие:

- «остановка мыслей»;
- RET — рационально-эмоциональная терапия;
- REBT — рационально-эмоциональная поведенческая терапия (Ellis A., 1962; 1990);
- моделирование (Bandura A.,1969);
- реатрибуция (переопределение) Конферса и Филипса (1974).

Родители проходят тренировку индивидуально или в группах, посещают лекции, получают пособия для самостоятельного чтения, занимаются на сессиях дискуссиями, моделированием и тренировками.

Тренинг родителей проводится после того, как проведена процедура оценки по модели SORKS (Канфер, Филипс, 1970): S — стимул, O — организм, R — ответ, реакция, KS — сущность и ожидаемые последствия.

Майкл Николс приводит такой пример (случай 35).

Разумеется, эта модель применима для относительно простых ситуаций, но при наличии многочисленных взаимосвязанных поведенческих актов у членов семей ее применимость весьма ограниченна.

Семейная поведенческая психотерапия относится к самым популярным методам психотерапии вследствие ее простоты и дешевизны, но мы согласны с Гурманом и Книскерном (Gurman A., Kniskern, D., 1981), которые не без ехидства заметили: «Психотерапевты поведенческого направления говорят супругам: станьте вежливыми друг с другом, вместо того чтобы ругаться».

Разумеется, эта психотерапия достигает тех целей, которые она ставит, — происходит редукция симптомов, изменяется функционирование части системы, но не происходит улучшения функционирования всей семейной системы. Часто не удается достичь «трансфера» — т. е. навык, исправленный, например, для условий школы, в семье уже не проявляется. Достигнутые результаты носят кратковременный характер (Gurman A., Kniskern, D., 1981).

Случай 35

МОДЕЛЬ SORKS

Родители жаловались, что их сын между приемами пищи выклянчивает печенье, а если не получает его, закатывает истерики. В соответствии с этой моделью истерики — это R, т. е. та реакция, которая должна быть устранена, O — состояние организма, которое обусловливает данную реакцию — легкий голод или, вероятнее всего, скука; S — вид печенья, лежащего на столе, KS — сущность и ожидаемые последствия — это то, что родители дают ему печенье от случая к случаю, а особенно соглашаются давать его, если он очень сильно пристает.

По мнению многих представителей поведенческой психотерапии, в частности Хауарда Косинова (1995), ее приемы и техники являются самыми эффективными при лечении нервно-психических расстройств и разрешении личностных и межличностных конфликтов. Позволим себе возразить. Наш опыт показывает, что подавляющее большинство российских семей, обратившихся за помощью к психотерапевту, игнорирует те директивы, которые направлены на модификацию их поведения. Менталитет россиян требует, чтобы с ними поговорили, посочувствовали, вошли в их положение, подкрепили в их вере в скатерть-самобранку, которая сама решит их проблемы, а уже потом уговорили начать делать что-то. Склонность к интроспекции, чувственность и рефлексивность, отсутствие дисциплины заставляют их иронически относиться к поведенческой психотерапии и больше доверять психоанализу и личностно-ориентированной психотерапии.

Супружеская психотерапия

Супружеская психотерапия представляет собой особую форму психотерапии, ориентированную на супружескую пару и ее психологические проблемы. Она призвана помочь супружеской паре преодолеть семейные конфликты и кризисные ситуации, достигнуть гармонии во взаимоотношениях, обеспечить взаимное удовлетворение потребностей (Кратохвил С., 1991; Kratochvil S., 1985).

Работа проводится либо с обоими, либо с одним из супругов — с тем, который пришел на прием к психотерапевту. При этом варианте работы обязательное условие: обсуждать с психотерапевтом не проблемы другого супруга, а лишь те мысли, чувства, переживания, которые есть у заявителя проблемы по поводу его (ее) супружества.

Супружеская психотерапия выступает в двух формах — как самостоятельный метод психотерапии и как этап семейной психотерапии.

По мере того как супруги в процессе семейной психотерапии начинают осознавать, что неадаптивное поведение их ребенка является следствием семейных нарушений из-за неэффективности их в роли родителей, а она, в свою очередь, базируется на чувстве неудовлетворенности супружескими отношениями (Minuchin S., 1974; Burnham G., 1991; Чаева С. И., 1994), семья встает перед необходимостью решать, что делать дальше. В такой ситуации семейный психотерапевт задает участникам психотерапии вопрос: «Как вы предпочитаете: решать эту проблему вместе или папа с мамой будут ходить на часть занятий вдвоем и только на некоторых занятиях вы будете собираться вместе?»

В настоящее время в супружеской психотерапии наибольшей популярностью пользуется динамический, бихевиористский и гуманитарно-психологический подходы (Кратохвил С., 1991).

При *динамическом подходе* супружеская дисгармония рассматривается с точки зрения внутренней мотивации поведения обоих супругов. Прослеживается динамика межличностных отношений и ее связь с динамикой психических процессов. На сеансах супружеской психотерапии изучаются случаи неисполнения надежд, обусловленных прежним, полученным главным образом в детстве, жизненным опытом. Основной предпосылкой к психотерапевтическим переменам является актуализация способности участников психотерапии понимать связь между поведением индивидов и его мотивами, с одной стороны, и особенностями контекста отношений, который они выстраивают, реализуя эти мотивы — с другой.

Бихевиористский подход в супружеской психотерапии (Кратохвил С., 1991; Baucom D. H., 1982; Emmelcamp P. M., 1988) направлен прежде всего на изменение поведения партнеров методами обусловливания и обучения. Такой подход обеспечивает:

1) управление взаимным положительным поведением супругов;
2) получение необходимых социальных знаний и навыков, особенно в области общения и совместного решения возникающих проблем;
3) выработку и реализацию супружеского соглашения о взаимном изменении поведения.

Бихевиористское направление в супружеской психотерапии является в настоящее время наиболее распространенным во всех странах мира. В ней наиболее часто используются: заключение супружеских контрактов, коммуникативные тренинги (в частности, в форме конструктивного спора), техники решения проблем и т. д. (Кратохвил С., 1991; Schindler Z., Hahlweg H., Revenstorf D., 1980).

Супружеская поведенческая психотерапия начинается с процесса оценки, уточнения и регистрации целей воздействия, определения этиологии. Для этого используются разнообразные опросники.

Джейкобсон (Jacobson, 1981) предложил основные линии обследования и таблицу предварительного диагностического обследования (табл. 13).

Таблица 13

Основные линии супружеских отношений

А. Умения и сила в семейных взаимоотношениях
1. Каковы сильные стороны отношений супругов?
2. Умеет ли каждый объяснить наличие у другого супруга аргументов? В чем их убедительность?
3. Как умеет каждый супруг отблагодарить («подкрепить») другого за хорошее поведение?
4. Какое поведение супруга считает наиболее ценным другой супруг?
5. В какую общую деятельность включены супруги?
6. Какие у них есть общие интересы?
7. Каковы умения и навыки супругов в решении основных задач супружества?
• в решении проблем;
• в оказании поддержки и в понимании;

- в способности оказать сильное социальное подкрепление;
- в сексуальном поведении;
- в умении воспитывать детей;
- в способности управлять финансами;
- в умении вести домашнее хозяйство;
- в умении общаться вне семьи.

Б. Описание проблемы

1. Каковы основные жалобы в терминах открытого поведения (того, которое можно описать)?
2. Какое проблемное поведение наиболее часто встречается у супруга с точки зрения другого супруга?
3. При каких условиях такое поведение проявляется?
4. Какие подкрепления поддерживают проблемное поведение?
5. Какое поведение, в котором заинтересован другой супруг, встречается реже или не происходит в желаемое время — с точки зрения каждого супруга?
6. При каких условиях каждый из супругов хотел бы, чтобы такое поведение происходило?
7. Каковы последствия такого поведения и где они проявляются?
8. Как развивались во времени нынешние проблемы?
9. Как распределяется ответственность за принятие решений?
10. Какие решения принимаются совместно, а какие — порознь?

В. Эмоциональность в семье и секс

1. Испытывают ли супруги физическую привязанность друг к другу?
2. Имеется ли в настоящее время неудовлетворенность качеством совместной сексуальной жизни?
3. Если в настоящее время есть сексуальные проблемы, то было ли время, когда супруги были удовлетворены своими сексуальными отношениями?
4. Что больше всего не устраивает каждого супруга в сексуальных отношениях?
5. Есть ли неудовлетворенность количеством и качеством несексуальных проявлений чувств и эмоций?
6. Не вовлечены ли один или оба партнера во внебрачные сексуальные отношения?
7. Если это так, то знает ли об этом другой супруг?
8. Какова история супругов с точки зрения внебрачных связей (было ли это раньше)?

Г. Перспективы на будущее

1. Для чего партнеры обратились к психотерапевту: чтобы улучшить свои отношения, чтобы расстаться или чтобы решить, стоит ли сохранять отношения?
2. Каковы у каждого супруга мотивы продолжения брака, несмотря на нынешние проблемы?
3. Какие шаги предпринимал каждый из супругов, чтобы развестись?

Д. Оценка социального окружения

1. Каковы альтернативы нынешним отношениям у каждого из супругов?
2. Насколько привлекательны эти альтернативы для каждого из них?
3. Есть ли кто-то в их окружении (родители, родственники, дети, друзья, коллеги), кто заинтересован и поддерживает продолжение или прекращение нынешних отношений?
4. Есть ли среди детей такие, которые имеют собственные психологические проблемы?
5. Каковы вероятные последствия прекращения супружеских отношений для детей?

Таблица 13. Окончание

Е. Индивидуальное состояние каждого супруга
1. Есть ли у кого-либо из супругов эмоциональные или поведенческие нарушения (проблемы)?
2. Есть ли у кого-то из супругов психическое расстройство? Имел ли он ранее контакты с психиатрами и по какому поводу?
3. Проходил ли раньше кто-то из супругов психотерапию, какую и с каким результатом?
4. Каков прошлый опыт каждого супруга в области интимных отношений до брака?
5. Чем отличаются сегодняшние интимные отношения от прошлых?

Психотерапевт задает себе эти вопросы, составляя план лечения. Разумеется, их же он задает и супругам во время интервью.

Общение с клиентами происходит в терминах теории научения. Психотерапевт и супруги прилагают основные усилия к формированию позитивных целей, усилению позитивного контроля в отношениях и уменьшению аверсивного контроля. Это делается как во время сессии, так и дома, при выполнении домашних заданий.

В основе контракта лежит письменное соглашение, в котором супруги четко определяют свои требования в терминах поведения и обязательства, которые они собираются выполнять. При формулировании требований рекомендуется использовать следующий подход:

1) от общих жалоб следует перейти к их спецификации;
2) от спецификации жалоб — к положительным предложениям;
3) от положительных предложений перейти к договору с перечислением обязанностей каждого из супругов.

Станислав Кратохвил (1991) приводит образец контракта (Gottman J. et al., 1976).

Жалобы жены и предложения партнера

Общие жалобы: муж — эгоист, перестал быть нежным, не обращает на меня внимания, не развлекается вместе со мной, оставляет меня одну в обществе.

Конкретные жалобы	*Положительные предложения партнера*
1. Нежен ко мне только тогда, когда тебя тянет на секс.	
2. Редко говоришь мне комплименты.	Буду говорить тебе не менее одного комплимента в день.
3. Приглашаешь гостей домой на ужин, не спросив меня предварительно.	Всегда буду предупреждать по крайней мере за 3 часа, если приглашу кого-нибудь домой.
4. Высмеиваешь мое отношение к музыке.	
5. Не помогаешь мне по дому.	

М. Николс (1984) приводит описание двух типов контрактов. Контракт типа *qui pro quo*, который можно перевести «око за око», подразумевая, что один супруг соглашается сделать изменения в ответ на изменения другого. Контракт составляется очень подробно, каждый супруг уточняет желаемые изменения в поведе-

нии. Психотерапевт помогает сформулировать соглашение. К концу сессии заканчивают составление контракта, и каждый ставит свою подпись.

Другой контракт называется «контрактом доброй веры». В напряженной атмосфере недоверия очень трудно реализовать договор типа *qui pro quo*. Тогда в качестве альтернативы можно заключить другой контракт. Каждый супруг обязуется изменить свое поведение и эти изменения подкрепить независимо от изменений другого. Например, если муж даст слово приходить домой в 18:00 часов и будет держать свое слово, то к концу недели ему купят новую рубашку.

«Техника решения проблем» (Schindler Z. et al., 1980) является простой в использовании и достаточно эффективной при разрешении супружеских конфликтов и проблем. Она состоит из четырех шагов (этапов).

1. Заявление супругами проблемы в конкретных терминах поведения (на заявление «Мне не хватает внимания» следует сказать: «Какое внимание вы хотите получить?», «Что должен делать супруг, чтобы у вас было ощущение, что он проявляет внимание?», «Сколько раз в день, в неделю он будет проявлять внимание?».
2. Формулирование чувств, которые испытывают супруги в ситуации конфликта: «Расскажите, какие чувства вы испытываете, говоря о своей проблеме?»
3. Психотерапевт предлагает супругам найти друг в друге что-то хорошее, за что можно похвалить.
4. Этап решения проблемы. Первое условие решения проблемы — оба супруга предлагают свои варианты без критики. Второе условие — из всех предложенных вариантов отбираются наиболее разумные, и они последовательно обсуждаются. Супруги задают себе вопросы: «Чего бы хотелось достигнуть в идеале?» и «Что могло бы удовлетворить в реальности?» Третье условие — соглашение супругов должно быть четким, конкретным и контролируемым.

Рекомендации психотерапевтам, проводящим «технику решения проблем»: посвящать одну сессию решению одной проблемы и стремиться, чтобы обсуждение ограничивалось рамками 10–20 минут.

Другая главная задача супружеской психотерапии — улучшение коммуникаций в семье, что способствует разрешению проблем.

Среди всех поведенческих подходов Стюарт выделил пять основных стратегий.

1. Супругов учат выражать свои претензии с помощью ясных поведенческих терминов, а не в виде неструктурированных жалоб.
2. Супругов учат новым способам общения, обмена поведением, подчеркивая позитивный контроль, а не аверсивный.
3. Супругам помогают улучшить их коммуникации.
4. Супругов побуждают установить ясные и эффективные способы распределения власти и обязанностей.
5. Супругов обучают стратегиям решения будущих проблем (Stuart R. B., 1980).

Любая из перечисленных стратегий преследует цель увеличения взаимного удовлетворения, основанного на позитивном подкреплении.

В настоящее время исследователи используют в своей работе интегративный подход, сочетая чаще всего методы когнитивно-поведенческой и системной психотерапии (Baucon D. H., 1982; Kratochvil S.,1985; Emmelcamp P. M. et al., 1988).

В основе гуманистического подхода к психологической коррекции супружеских отношений лежат представления о том, что основой гармоничного брака являются открытость, аутентичность, толерантность, потребность в самовыражении, в принадлежности к другому и независимое развитие личности каждого. В. Сатир (Satir V., 1988) сравнивала гармоничный брак с вальсом — танцем, в котором каждый партнер, совершая движение, принадлежит другому, в то же время оставаясь самим собой. Гуманистический подход (Rogers C. R., 1972; O'Neil N., O'Neil G., 1973) развился в противовес как динамическому подходу, который излишне ориентирован на влияние исторического прошлого супруга и его родительской семьи, так и поведенческому подходу, который слишком манипулятивен.

Н. О'Нил и Дж. О'Нил (O'Neil N., O'Neil G., 1973) сформулировали принципы открытого брака, создающего наиболее благоприятные условия для личностного роста партнеров:

1) принцип реальности — «здесь и сейчас»;
2) уважение к личной жизни партнера;
3) открытое общение — не «читать» мысли другого, а открыто говорить о своих чувствах, мыслях и желаниях;
4) подвижность в исполнении семейных ролей — пробовать менять роли, независимо от того, какими они традиционно считаются — мужскими или женскими;
5) равноправие;
6) доверие;
7) аутентичность — знать себя, знать себе цену и уважать право другого жить согласно своим представлениям;
8) открытое партнерство — каждый имеет право на собственные интересы и увлечения.

В супружеской психотерапии гуманистического направления психотерапевт создает условия, в которых супруги стремятся к вербализации своих чувств и тем самым к улучшению взаимопонимания.

Конструктивный спор

Одной из первых техник супружеской психотерапии является «конструктивный спор» (Kratochvil S., 1976, 1985, 1991), который в свою очередь является модификацией техники «честной борьбы» (Bach G. R., Wyden D., 1969). Суть техники заключается в том, что супругам предоставляется возможность открыто и нетравматично обмениваться информацией об имеющихся трудностях во взаимоотношениях, осознаваемых и подавляемых чувствах и желаниях, противоречиях в исполнении семейных функций.

Г. Бах и П. Вайден считали, что нарушения в коммуникациях между супругами приводят к утрате и искажениям передаваемой информации, вследствие чего взаимные ожидания и потребности не удовлетворяются и нарастает внутриличностное и межличностное напряжение. Длительное подавление супругами агрессивных эмоций во имя «семейного мифа» приводит к преобладанию монотонных и стереотипных форм взаимодействия, которые еще больше фрустрируют членов семьи, вследствие чего они часто используют неудачную форму снятия напряже-

ния — конфликтные поединки со взаимными оскорблениями, обидами и проекцией. Поэтому Бах и Вайден пришли к мысли, что для оптимизации семейных отношений вообще и супружеских в частности необходимо найти способы нетравматичного шунтирования агрессии. Для этого была предложена техника «честной борьбы», правила ее проведения и способ обучения супругов, а также оценка ее эффективности по 12 параметрам. После многолетнего опыта применения этой техники С. Кратохвил сократил количество параметров до 4 в оценке стиля спора и 4 в оценке результатов спора.

Бах известен тем, что разработал целый ряд приемов по выявлению и выражению агрессивных эмоций, — поролоновые дубинки, которыми участники групповой и семейной психотерапии наносят удары друг другу, флажки красного и зеленого цветов, с помощью которых участники взаимодействия дают знать, продолжать ли общение или прекращать его, а также парную технику «совместное выколачивание ковра». Участники имитируют выколачивание пыли из ковра, который они держат в руках, причем обращается внимание на то, кто является лидером, кто и сколько наносит ударов, какую площадь обрабатывает ударами каждый из пары супругов.

Авторы методики «Конструктивного спора» разработали правила его проведения.

1. Конструктивный спор может использоваться супругами дома для исследования своих разногласий лишь после подготовки в группе супружеских пар (8–12 человек), работавшей не менее 6 занятий, продолжительность каждого из которых — 2 часа.
2. Правило «места и времени». Для проведения конструктивного спора дома нужна отдельная комната и отсутствие эмоционально заинтересованных свидетелей — детей или других родственников. В этот день не следует планировать прием гостей, домашние торжества, посещение театров, музеев и др. Последствия спора могут быть непредсказуемыми, и «конструктивный спор» может трансформироваться в психотравматичный поединок супругов.
3. Конструктивный спор должен начинаться как можно ближе к времени возникновения конфликтной ситуации.
4. Инициатор спора должен сообщить партнеру, о чем пойдет речь и о своем намерении спорить.
5. Спор должен быть конкретным, имеющим цель совместными усилиями решить проблему, а не наказать партнера.

Основные характеристики конструктивного спора: реализм, конкретность, открытость, честность, ответственность, юмор, акцентирование внимания участников на обратной связи.

Участники соблюдают правила «честной игры» — их высказывания отражают чувства в ситуации «здесь и сейчас», они воздерживаются от обобщений типа «ты никогда не слушаешь», от актуализации прошлых обид и злости, от аргументов, направленных на «слабое место» партнера — вес, внешность, дефекты речи и т. д., от критики родственников («ты такая же глупая, как и твоя мать»); пользуются описательным безоценочным языком.

Фазы спора. С. Кратохвил выделил три фазы спора: вводную, среднюю и финальную — и ряд правил для проведения каждый фазы. На первой фазе правилом

является: «Дай знать, что хочешь спорить, и назови предмет спора», на второй: «Скажи, что думаешь о поведении партнера, отреагируй и критикуй». На третьей: «Признай свои ошибки и найди положительное в партнере».

Продолжительность спора не превышает 10–15 минут. На финальную фазу отводится 1,5–2 минуты. Тренер дает команду заканчивать спор и выполнить требования финальной фазы спора. Партнеры завершают спор пожатием рук.

В группах супружеских пар обучение конструктивному спору осуществляется с помощью сценарных разработок, которые составлены по типу незаконченных предложений. Муж и жена получают описание ситуации и контур роли и, после того как они идентифицировались с ними, начинают взаимодействие. Темы, которые наиболее актуальны для групп «конструктивного спора», — воспитание детей, ревность, распределение обязанностей в семье, доминирование–подчинение и др.

Приводим образцы ролевых разработок для мужа и жены.

Ситуация № 1

1. Проблема лидерства–подчинения.
2. Проблема отсутствия партнерства и согласованности в распределении ролей и обязанностей.

Жена. Вам больше 30 лет. По профессии вы инженер. Характер работы бюрократический, не требующий особых профессиональных знаний. Заработок низкий, нерегулярный. Привычный, годами сложившийся коллектив. Рутина. Вы давно замужем. С мужем познакомились в институте. Есть ребенок, который сейчас находится в гостях у бабушки. Вам кажется, что с момента создания семьи муж занял позицию иждивенца, стороннего наблюдателя. «Настоящий, увлеченный, активный он там — на работе, с сослуживцами, друзьями». Дома предпочитает ни во что не вмешиваться.

Летний день... Один из многих в вашей жизни. Сегодня с утра было холодно, поэтому вы оделись в теплое шерстяное платье. Днем потеплело. Вы возвращаетесь домой после работы, едете в душном транспорте. В каждой руке по тяжелой сумке с продуктами. Приходите домой и видите, что муж опять за компьютером и не обращает на вас внимания. В кухне, куда вы зашли, ворох грязной посуды в мойке, грязь на полу...

Вы испытываете очень сильное чувство... Такое чувство, что... Многие мысли промелькнули в голове... Вы начинаете действовать в соответствии с этим вашим состоянием...

Муж. Вам за 30. Вы инженер одного из НИИ, занимаетесь научной и конструкторской работой. Вас это захватывает. Подчас задерживаетесь на работе, так как вам хочется обсудить свои идеи с коллегами, доделать то, что не успели. В коллективе вас уважают как специалиста, хотя вы и не сделали карьеры. Заработок низкий, он вас не удовлетворяет, но сам характер работы «все искупает». Общественной работы вы сторонитесь. У вас семья, с женой познакомились в институте. Один ребенок, сейчас гостит у бабушки.

Дома в последние годы частые конфликты с женой. Она все время чем-то недовольна. Ей кажется, что вы уделяете семье мало внимания. Действительно, работа отнимает у вас много сил. Дома хочется посидеть за компьютером, заняться своим любимым делом.

В конфликтах с женой стараетесь ее понять, иногда уступаете ей, но не всегда это получается.

Сегодня вернулись домой, пообедали. На кухне оставили все так как есть, решив, что уборку сделаете позже, но взгляд упал на компьютер, и вы забыли обо всем.

Сегодня жена пришла чуть позже обычного. Правда, вы так увлеклись компьютером, что не очень обратили внимание на ее приход.

Но когда вы услышали ее голос, вам пришлось встать из-за компьютера...

Ситуация № 2

Оба инфантильные, зависимые от родителей. Разногласия из-за доминирования–подчинения, распределения обязанностей в семье. Отсутствует взаимная дополнительность супругов. Каждый хочет сохранить привычки и образ жизни добрачного периода. У мужа невротическая потребность в показных атрибутах власти.

Муж. Мне и жене по 25 лет. Сколько лет женат? Подождите, подождите... Ах да! Ведь нашей Светке два года, значит — три.

Когда жил с родителями, то все шло по привычному руслу: школа, работа, друзья, пивишко, мотоцикл. Сейчас? То же самое... У нас своя квартира, но живем то у ее родителей, то у моих. А кто за Светкой будет ухаживать? Я, что ли?

Зря жена говорит, что ее мои родители все время учат. Ну и правильно, а кто еще жену научит? «Жена, знай свое место!» А меня, между прочим, ее родители тоже учат. Я считаю, что иногда жене надо дать урок. А то забудет, кто командир в доме. Вчера принимали гостей у себя. Ну, подсказывал жене, что делать. Чтоб шустрила, опять же мужу уважение...

А она мне потом вдруг заявляет...

Жена. Мне и моему мужу по 25. Три года состоим в браке. У нас есть собственная квартира. Но так уж получается, что живем то у его родителей, то у моих. Мы оба работаем. Нашей Свете два года. Столько хлопот... Хорошо еще, что родители, конечно, мои в первую очередь, помогали. Магазины, поликлиники, стирка, уборка — все это моя мама. Ну и я, конечно. Да, забыла сказать, летом отдыхаем на их даче, т. е. на даче родителей мужа.

Когда живем с моей мамой, мне легко, хорошо. Могу общаться с подругами, ходить в гости, смотреть видик. Когда живем там, то меня постоянно учат. К подругам лишний раз не позвонишь: «Подруги дороже дочери...» А муж? Друзья, пиво, мотоцикл... Это нормально?!

Вчера на нашей квартире праздновали день рождения дочери. Я — хозяйка! Пришлось покрутиться... Правда, многое из угощений привезла моя мама. А муж... Вспомнил, что он муж. Видели бы его позу, его жесты. «Принеси, унеси... Я сказал...» Гордый поворот головы. «Видели, как у меня... Жена на цырлах!» Полчаса, час... А потом я ему сказала...

Оценка стиля и результата конструктивного спора

При оценке стиля спора по каждой позиции тренер или прошедшие подготовку участники психотерапии начисляют +1 или — 1 балл. На обоих участников спора заполняют один бланк оценки стиля спора, а при выраженности конфликта заполняют на каждого участника один бланк (табл. 14).

Таблица 14

Конструктивный спор по С. Кратохвилу. Стиль спора

Общий счет ________

Подсчет очков ________

1. Конкретность	В споре имеется предмет, нападение или защита сводится к конкретному поведению «здесь и сейчас»	+	–	Обобщение, поведение называется «типичным»; ссылка на события, прошедшие или не имеющие отношения к делу
2. Вовлеченность	Оба увлечены, наносят и получают сильные «удары»			Один из участников не задействован, находится в стороне от спора, оскорбляется, прекращает спор преждевременно и т. д.
3. Коммуникации	Ясная, открытая, каждый говорит за себя, думает, что говорит. Его можно понять и ответить ему. Хорошая «обратная связь»			Слишком частое повторение своих доводов и малое внимание к доводам другого. Скрытые признаки непонимания, намеки, неясность, «шум»
4. «Честная игра»	Не допускаются удары «ниже пояса» и принимается во внимание, сколько может вынести партнер			Аргументы не относятся к предмету, но нацелены на чувствительное место

Супружеская пара может набрать максимальное число баллов +4, а минимальное — 4. При кодировании результатов спора на каждого участника заполняют по бланку «Результат спора» (табл. 15). По каждой позиции начисляют либо +1, либо –1, в результате чего максимальная сумма для пары составляет +8, а минимальная сумма –8.

Таблица 15

Конструктивный спор по С. Кратохвилу. Результат спора

Общий счет ________

Подсчет очков ________

1. Информативность	Что-то узнал или получил, научился чему-то новому	+	–	Не узнал ничего нового
2. Отреагирование	Исчезла напряженность, уменьшилась злобность, выяснены претензии			Напряжение не исчезло, а осталось или усилилось
3. Сближение	Спор привел к взаимопониманию и сближению партнеров. Есть ощущение, что это их касается, что так и должно быть. Сохраняют свое достоинство			Партнеры более отдалены, чем прежде. Ощущение, что они не поняты или сильно обижены
4. Улучшение	Устранение проблемы, разрешение ситуации, оправдания, извинения, планы на будущее			Ничего не решено, участник не старается ничего исправить или оставляет это другому и не хочет его простить

На каждом сеансе групповой психотерапии супружеские пары имеют возможность узнать особенности стиля своего спора и его результативность. Набранные ими суммы баллов являются фактором подкрепления определенных паттернов супружеского взаимодействия.

По данным С. Кратохвила (S. Kratochvil, 1985, 1991), конструктивный спор является одной из наиболее высокоэффективных технологий разрешения супружеских конфликтов.

В последнее время конструктивный спор стали использовать как одну из основных психотерапевтических техник в группах социально-психологического тренинга, в частности — в подростковых группах (Ковалев С. В., 1990; Горелов И. Н., Житников В. Ф., Зюзько М. В., 1991; Кулаков С. А., Александрова Н. В., 1994). Подростки либо решают в конструктивном споре свои актуальные проблемы, либо моделируют эталоны поведения «жен» и «мужей».

Методика «конструктивного спора» в модификации С. Кратохвила вошла в программу последипломного образования в области психотерапии врачей и медицинских психологов на кафедре детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Постмодернистская семейная психотерапия: модель аналитико-системной семейной психотерапии по Э. Г. Эйдемиллеру и Н. В. Александровой

Постмодернистские методы и модели семейной психотерапии основываются на представлениях самих клиентов об их проблемах.

Многие постмодернистские семейные психотерапевты исходят из того, что каждый живущий человек «конструирует» собственную реальность.

Нарративный подход (от англ. *narrative* — повествование) как воплощение идей философии социального конструктивизма появился в семейной психотерапии в последней четверти XX в. и распространился по всему миру. Философия социального конструктивизма призвала специалистов помогающих профессий к отказу от поиска «истины» в знаниях о человеке и его деятельности. Реальность («истина») каждого человека является результатом его субъективных конструкций. Жизнь человека представляет собой определенного рода повествование. «Полезность» сменила «истинность».

Основное допущение нарративной психотерапии заключается в том, что все, что мы говорим, опирается на какую-то традицию, на то, что мы привыкли что-то понимать определенным образом, и все сказанное имеет смысл только в рамках этой традиции. Если нечто вырвать из контекста, то оно потеряет смысл. Если мы поместим фрагмент сообщения в новый контекст, то он будет означать нечто другое.

Все, что происходит в жизни человека, находится в его языке, т. е. в словесных описаниях. Дж. Эфран, Р. Льюкенс, М. Льюкенс (2000) указали в качестве примера, что в высказываниях некоей женщины, подвергшейся сексуальному насилию, находилось множество смыслов, которые ей предстояло осознать.

Это могли быть такие переживания:

1) жалобы на то, что ей причинили боль;

2) жалоба, что ее унизили, оскорбили, «вываляли в грязи»;
3) подтвердили опасения матери изнасилованной женщины, что непослушание дочери сделает ее дочь шлюхой: «И это произошло, потому что насилуют только шлюх». (Можно построить гипотезу, что в данном случае психотерапевту придется работать с чувством вины);
4) смутное переживание удовольствия: «Страшно сознаться, но я впервые в жизни пережила оргазм».

Таким образом, психотерапия представляет собой перевод сообщения клиента ему самому и окружающим.

Каждый язык имеет свои особенности.

Англосаксонские языки построены на логике и являются «твердыми» языками.

Русский язык — «мягкий язык». Слова в нем можно ставить в любой последовательности. Слова зачастую содержат множество смыслов. Это расширяет и одновременно сужает коммуникативные возможности человека. К примеру, большинство психологов и психотерапевтов говорят и пишут о «синдроме эмоционального выгорания». Однако в «Толковом словаре русского языка» С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой (2002) выгорание является законченным результатом, «выгореть дотла», а сгорание (горение) является незавершенным процессом.

С нашей точки зрения, правильнее употреблять термин «синдром эмоционального сгорания». Тем самым мы говорим о том, что человек либо подвергается профессиональной деформации, либо уже является жертвой собственной непрофессиональной деятельности.

Во многих сообщениях русского языка помимо основного развития событий резервируются дополнительные.

Каждый индивид, каждая семья говорят на своем языке в рамках глобальных традиций языка нации и культуры. Уже в семьях локальные традиции предписывают правила и нормы присущего только им способа кодирования информации. В случаях личностной или семейной дисфункции кодирование приводит к искажению или потере информации. Также можно утверждать и обратное: искажение кодировки информации приводит к личностной или семейной дисфункции.

Психологическое значение симптоматического поведения при невротических, психосоматических расстройствах и нарушениях поведения многообразно.

1. **Симптомы способствуют канализации у индивида избыточного эмоционального напряжения**, которое возникает вследствие неразрешенных/неразрешаемых внутри- и межличностных конфликтов. В этих случаях появление симптомов помогает снизить уровень тревожности, обрести относительный комфорт и переосмыслить аспекты собственного бытия в мире: «Оказывается, я больной... мне придется от чего-то отказаться (в том числе и от того, что вызывало наибольший страх, который пациентом вытесняется)..., наверное, люди станут более внимательны ко мне».

2. **Симптомы являются символическими и метафорическими посланиями** человека к самому себе, другим людям и миру. Карлу Витакеру удалось показать в 1990 г. в Санкт-Петербурге во время публичного сеанса семейной психотерапии с помощью техники рефрейминга метафорическое значение симптома воровства денег детьми. Обращаясь к мальчику, он спросил: «Зачем ты брал деньги?» Мальчик: «Хотел сделать подарки детям». Вопрос: «Чтобы что произошло?»

Мальчик: «Ну, они (дети), будут хорошо думать обо мне, о моей семье... (наше контекстуальное восстановление послания — «...о моем отце, о котором я ничего не знаю»). К. Витакер, обращаясь к бабушке, занимающей доминирующее положение в семье: «Где отец мальчика?» Бабушка: «У нас эта тема не обсуждается». К. Витакер: «А что вы будете делать, если мальчик будет продолжать воровать деньги?» Бабушка: «Отрежу ему руки». К. Витакер: «Прямо сейчас?? Чем? Пилой? Топором? Принести их?» Бабушка: «Это так, к слову». К. Витакер: «Значит, вы лжете, говорите неправду. Значит, вы воруете правду?» (с. 416–422). Таким образом, К. Витакер показал всем участникам сеанса семейной психотерапии метафорическое значение симптома воровства денег. Главным правилом данной семьи было «воровство правды». До тех пор, пока смысл невротического симптома непонятен его носителю и окружению, не будет психологических предпосылок к его редукции. В вольном пересказе слова основоположника групп-анализа Зигмунда Фоукса звучат так: «Если у человека есть возможность описывать словами все оттенки его переживаний, то у него не будет причин для формирования симптомов» (1944). Как показали исследования О. Ф. Макаровой (2006), выполненные под нашим руководством, боль и нарушения пищевого поведения у детей с эрозивным гастродуоденитом являлись метафорическим посланием семейной группы с помощью «носителя симптома» о «больных» супружеских отношениях и неспособности «переварить» неприятные аспекты супружества.

3. **Симптомы** в семейной системе выполняют **морфостатическую** и **морфогенетическую функции**.

Морфостатическая функция симптомов в семье — это неосознанная попытка членов семьи с помощью симптомов преодолеть дезинтеграцию, т. е. заклеить «трещину» в семейных отношениях с помощью «квазиклея»-симптома (Minuchin S., 1974). Блокирование отрицательных эмоций между членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи, чаще это ребенок или пожилое лицо, имеющего, как правило, низкий статус, лишенного власти и прав, материально зависимого, формируется симптом, позволяющий семье редуцировать напряжение и тем самым сохранять семейный гомеостаз.

Морфогенетическая функция симптомов представляет собой позитивную обратную связь в семейной системе, вследствие чего происходит усиление колебаний в ней и семейная система переходит на другую стадию в своем развитии. Пациент с симптомом нарушает сложившиеся семейные правила и направляет членов семьи к формированию новых, более гибких. Так, родители девочки-подростка, совершившей суицидную попытку в знак протеста на запрет родителей встречаться с молодым человеком, пересмотрели свои жесткие моральные требования.

4. Наконец, **симптом с точки зрения нарративной психотерапии является вопросом**, который формулируют индивид, семья или иная группа людей: «Как долго я или мы будем поддерживать сложившиеся отношения, в результате чего появился симптом болезни? Сможем ли мы комфортно существовать без него?»

Функция нарративного психотерапевта (индивидуального, группового или семейного) сводится не только к посредничеству в переговорах индивида с самим собой, с членами группы или семьи, но и к расшифровке посланий к себе, к другим людям и миру.

Кроме того, психотерапевт выполняет функцию инициатора психотерапевтических изменений.

С точки зрения нарративного подхода симптом представляет собой не просто проявление раздражения нервных окончаний, а комплекс интерпретаций, связанных с ощущениями. Поэтому симптом психосоматического расстройства является частично ощущением, частично — плодом пугающих мыслей. Симптом может иметь множество смысловых значений в контексте семейных отношений. Например:

1) симптом как наказание за антисемейное поведение;
2) симптом как позор;
3) симптом как подтверждение собственной исключительности;
4) симптом как главная ценность в жизни;
5) симптом как способ получения/предоставления удовольствия и др.

Роль и значение симптома в контексте семейных отношений могут быть исследованы в рамках аналитико-системной семейной психотерапии и краткосрочной аналитической психодрамы, модели которых были разработаны Э. Г. Эйдемиллером и Н. В. Александровой (2002).

Аналитико-системная семейная психотерапия представляет собой оригинальную модель семейной психотерапии, основанную на синтезе парадигм психоанализа, системного и нарративного подходов (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., 2001; Эйдемиллер Э. Г., 2002). В этой модели данью психоанализу в теоретическом и технологическом планах является исследование исторического прошлого семьи в целом и ее членов в отдельности, системы их отношений, внутри- и межличностного пространства, особенностей прохождения фаз жизненного цикла. В соответствии с основными положениями системной семейной психотерапии (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999) в рамках аналитико-системной психотерапии разбору и коррекции подвергаются заявляемые клиентами личностные и межличностные проблемы, семейные правила и мифы, границы и подсистемы, последовательность взаимодействий. Использование нарративного подхода позволяет сосредоточить усилия на описании, восстановлении, соединении вербального, эмоционального и поведенческого компонентов контекста семейных взаимоотношений. При этом основным средством для достижения психотерапевтических целей является язык, на котором происходит общение в семьях, обратившихся за психотерапевтической помощью. Отметим, что до распространения нарративного подхода в психотерапии, приблизительно до 1985 г., представители разных школ и направлений заставляли своих клиентов говорить на языке определенных методов — психоанализа, аналитической психодрамы, гештальт-терапии и др.) Разумеется, лучшими знатоками таких языков были сами специалисты. Нарративные психотерапевты (Эфран Дж., Льюкенс Р., Льюкенс М., 2000) вслушиваются в вербальные сообщения своих клиентов, постигают кроющуюся за содержанием структуру и, осуществив присоединение к семье, начинают выполнять функцию посредника. Они стараются говорить на языке данной семьи и осуществлять коррекцию взаимоотношений, отраженных в особенностях данного языка.

Технология моделей аналитико-системной семейной психотерапии и краткосрочной аналитической психодрамы (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., 2005)

представлена приемами присоединения, формулирования психотерапевтического запроса и игрового моделирования жизненных ситуаций.

Декодирование искаженных посланий осуществляется с помощью рефрейминга, перефразирований и вопросов различных типов.

1. **Идентификационные вопросы** направлены на сбор информации о содержательном ракурсе жизни клиента/пациента и его проблемы.
2. **Линейные вопросы** являются атрибутами исследовательской деятельности психотерапевта. Чаще всего это вопросы типа: «Кто?», «Что?», «Почему?», «Когда?».
3. **Циркулярные вопросы** позволяют выяснить, как одно событие связано с другими.

Пример
Психотерапевт обращается к женщине и ее мужу, который злоупотребляет спиртным: «Что вы чувствуете, когда муж приходит пьяным?»
Женщина. «Раздражение... злость. Обещал не пить».
Мужчина. «А как тут не напиться? Всегда сердитая. Пьяный я ее не боюсь».
Женщина. «Так я злая, потому что ты напиваешься».
Становится ясно, что одно событие находится в циркулярной связи с другим и они взаимообусловливают друг друга.

4. **Стратегические вопросы** представляют собой своеобразные директивы психотерапевта, направленные на изменения в функционировании семьи.

Пример. Психотерапевт после анализа семейной системы задает клиентке вопрос: «Как долго вы собираетесь терпеть эту ситуацию? Терпеть — это отказ от изменений. Может быть, отважитесь на другое поведение?»

5. **Рефлексивные вопросы** — это вопросы, способствующие личностному росту отдельно взятого члена семьи или семьи в целом путем стимуляции построения новых представлений о ситуации, и выбору нового поведения.

Продолжительность аналитико-системной семейной психотерапии составляет 6–18 часов при длительности одного сеанса 1 час.

Интенсивность и эффективность этой модели психотерапии была исследована независимым экспертом-психологом профессором И. М. Никольской с помощью клинико-психологических методов. Эти измерения, проведенные в начале психотерапии и после ее окончания, а также данные катамнеза, подтвердили высокую эффективность модели аналитико-системной семейной психотерапии.

Семейное консультирование

Семейное консультирование как разновидность семейной психотерапии имеет свои отличительные признаки, границы и объем вмешательства. Оно развивалось параллельно с семейной психотерапией и эти два вида психотерапии взаимно обогащали друг друга (Ginott H., 1970; Minuchin S., 1989; Kaslow F., 1990, 1991).

Семейное консультирование ставит своей целью изучение совместно с консультантом запроса или проблемы члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста.

Принципиальное отличие психологического консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, в акценте на анализе ситуации

и аспектов ролевого взаимодействия в семье, на поиске личностного ресурса субъектов консультирования и на обсуждении способов разрешения ситуации — «веера решений» (Мишина Т. М., 1983; Карабанова О. А., 1991).

Многообразие приемов и методов семейного консультирования обусловлено различными теоретическими концепциями, среди которых ведущими в настоящее время являются когнитивно-поведенческая психотерапия (Baucon D. H., Hoffman J. A., 1986), один из вариантов которой — рационально-эмотивная терапия (RET) Альберта Эллиса (Ellis A., 1977, 1981), системное направление (Skynner A. C. R., 1981; Minuchin S., Fichman H. C., 1981) и эмпирическое (Napier A. Y., Whitaker C. A., 1978; Satir V., 1988).

Интегрируя практические приемы проведения семейного консультирования представителями вышеперечисленных школ, используя собственный многолетний опыт семейного консультирования, мы сформулировали принципы и правила семейного консультирования (Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Васильева Н. Л., Вовк А. И. и др., 1994).

1. Установление раппорта (контакта) и присоединение консультанта к пациентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, приемов «мимезиса», синхронизации дыхания консультанта и заявителя «проблемы», использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто делает сообщение о семейной проблеме.
2. Сбор информации о проблеме пациента с использованием приемов метамоделирования и терапевтических метафор (Гордон Д., 1994). Субъективизации психотерапевтической цели способствуют вопросы: «Чего вы хотите?», «Какого результата вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом без отрицательной частицы “не”, а в терминах положительного результата».
3. Обсуждение психотерапевтического контракта. Эта часть проведения консультирования признается многими специалистами одной из самых важных (Baucon D. H., 1982; Baucon D. H., Hoffman J. A., 1986; Emmelcamp P. M. et al., 1988). Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, за технологию доступа к разрешению проблем клиента, а клиент отвечает за собственную активность, искренность, желание осуществить изменения своего ролевого поведения и т. д. Затем участники консультирования обсуждают продолжительность работы (в среднем общее время консультирования — 3–6 часов) и длительность одного сеанса. Также следует обсудить периодичность встреч. В практике семейного консультирования обычно вначале — 1 сессия в неделю, а потом — 1 раз в 2–3 недели. Важной стороной в консультировании является обсуждение условий оплаты либо предоставление клиенту информации о том, сколько она может стоить, если консультирование осуществляется в муниципальном бюджетном учреждении. Такое обсуждение способствует усилению мотивации клиентов к терапевтическим изменениям. Наконец, важно оговорить возможные санкции за нарушение сторонами условий контракта.
4. Уточнение проблемы клиента с целью максимальной ее субъективизации и тестирование ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности.

Этому помогают вопросы типа: «Как раньше вы справлялись с трудностями, что вам помогало?», «В каких ситуациях вы были сильными, как вы использовали свою силу?»

5. Проведение собственно консультирования. Необходимо укрепить веру клиентов в успешность и безопасность процедуры консультирования с помощью утверждений такого содержания: «Ваше желание осуществить изменения, ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы».
   А. Обсуждение с участниками консультирования положительных и отрицательных сторон сложившихся стереотипов поведения. Здесь возможны такие вопросы: «Что самое плохое для вас в сложившихся обстоятельствах?», «Что самое хорошее в обсуждаемой ситуации?».
   Б. Совместный поиск новых шаблонов поведения — «веера решений». Консультант предлагает следующие вопросы: «Чего вы еще не делали, чтобы решить проблему?», «Как вели себя значимые для вас люди, оказавшись в похожей ситуации?», «А вы так смогли бы поступить?», «Что вам поможет совершить такой же поступок?».

Возможно использование приемов визуализации: клиенты, находясь в трансе (а этому способствует «точное следование по маршруту проблемы заявителя»), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом кинестетические ощущения.

1. «Экологическая проверка» (Бэндлер Р., Гриндер Д., 1995): консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5–10 лет и исследовать свое состояние[1].
2. Приближаясь к завершению консультирования, консультант предпринимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда клиенты нуждаются в некоторых действиях, способствующих обретению ими уверенности, когда осваивают новые шаблоны поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание, приглашение на повторную консультацию через некоторое время для обсуждения полученных результатов.
3. В ряде случаев необходимо произвести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении клиентами заявленной цели и обретенного результата, но в ряде случаев консультант вынужден стимулировать отсоединение (Эйдемиллер Э. Г., 1994; Haley J., 1976). Джей Хейли с этой целью часто использует «парадоксальные задания», точное выполнение которых приводит к результату, прямо противоположному заданному.

В настоящее время семейное консультирование является наиболее востребованным населением России видом психотерапевтической помощи. Кроме системы здравоохранения, семейные консультанты появились и в системе образования — в психологических центрах, непосредственно в школах, а также в консультациях, действующих в системе министерства социальной защиты, в комитетах по охране семей и детства и в других учреждениях.

[1] См. Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: Питер Ком, 1998. С. 301.

5 ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НЕКОТОРЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ



Рождение ребенка. «Рождение триалога»

Семейная психотерапия при невротических, соматоформных и психосоматических расстройствах

Невротические и соматоформные расстройства относятся к одним из наиболее распространенных нервно-психических расстройств (Карвасарский Б. Д., 1990, 1998; Попов Ю. В., Вид В. Д., 1997). Их возникновение и протекание обусловливается широким кругом биологических, психологических и социальных факторов. Неврозы играют немаловажную роль в возникновении вегетативных расстройств, нарушений сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта и т. д.

Роль семьи в этиологии неврозов широко признана. Весьма обширна литература, посвященная значению родительской семьи в возникновении неврозов (Карвасарский Б. Д., 1982). Показано, что заболеваемость человека неврозом в немалой степени зависит от условий, в которых он воспитывался, от стиля воспитания. При этом воздействие родительской семьи простирается весьма далеко, проявляясь и в то время, когда индивид уже сформировал собственную семью.

Особенно значимо воздействие на индивида семьи, в которой он проживает (супружеской семьи, взаимоотношений между родителями и детьми, а также между бабушками и дедушками). Весьма показательно в этом отношении широкое эпидемиологическое обследование больных неврозами, проведенное В. Н. Мясищевым и Б. Д. Карвасарским (1967). По их данным, в 80% случаев неврозов оказывались нарушенными семейные отношения пациентов.

Неудивительно, что многие семейные психотерапевты, как отечественные, так и зарубежные, значительное внимание уделяют неврозам. Здесь прежде всего следует указать работы В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1979), А. И. Захарова (1982) и др.

Исследователи, занимающиеся проблемой неврозов, также большое внимание уделяют роли семейных факторов в этиологии различных форм неврозов. Особенно показательны в этом отношении данные клинического изучения неврозов с акцентом на изучение семейных взаимоотношений пациента и установление их роли в возникновении заболевания (Свядощ А. М., 1982).

Возникает вопрос: если роль семьи в этиологии неврозов широко признана и семейные факторы в их клинике обычно учитываются, то каковы в связи с этим задачи семейной психотерапии?

Их по крайней мере две.

1. *Расширение представлений о семейных факторах, обусловливающих неврозы.* Значительная часть тех факторов жизнедеятельности семьи, которые находятся в центре внимания семейной психотерапии, пока еще не учитывается при клиническом анализе невроза. Это, в первую очередь, нарушения семейных представлений, механизмов межличностной коммуникации, семейной интеграции и т. д.
2. *Выявление путей, которыми семейные факторы влияют на возникновение и развитие неврозов.* Невроз представляет собой весьма сложный процесс, в его формировании участвует значительное число явлений различной природы. Особенности семьи не могут воздействовать на невроз как таковой;

они всегда влияют на определенные его стороны и на процессы, участвующие в его этиопатогенезе.

Например, нарушение семейной коммуникации может играть роль в возникновении невроза у одного из членов семьи различными путями: приводя к чрезмерной нервно-психической нагрузке, влияя на формирование породившего невроз внутриличностного конфликта, воздействуя на то, как будет решаться невротический конфликт и т. д.

Понятие «пути воздействия семейного нарушения на невроз» должно стать центральным при изучении неблагоприятной роли семьи в формировании невроза. Поскольку и семья — весьма сложная система, и невроз — явление многостороннее, таких путей может быть много, и необходимо выявить и описать хотя бы основные. Это дает, в частности, возможность при выявлении нарушений семьи определить, какие неблагоприятные последствия (в плане возникновения неврозов) могут эти нарушения породить, а кроме того, определить психологические процессы, обусловившие невроз, и построить достоверные предположения о том, какими семейными нарушениями они вызваны.

В процессе изучения семей, проходивших семейную психотерапию, нами были выявлены взаимосвязи между нарушениями семьи и психическими явлениями, лежащими в основе возникновения невроза. Было исследовано 87 семей. В ходе исследования, с одной стороны, определялась основная причина возникновения невроза у члена семьи, с другой — наличие или отсутствие нарушений в таких сферах жизнедеятельности семьи, как семейные представления, межличностная коммуникация в семье, семейная интеграция и система ролей. На этой основе выявлялось наличие или отсутствие связи между семейным и личностным нарушениями. Опишем ряд наблюдавшихся нами при этом связей.

Длительное нервно-психическое напряжение и нарушение жизнедеятельности семьи. Длительное нервно-психическое (эмоциональное) напряжение — это одна из основных причин неврозов, и в первую очередь неврастении. «Неврастения развивается чаще всего под влиянием более или менее продолжительной психической травматизации, ведущей к эмоциональному напряжению и недосыпанию, которые нередко возникают при длительном пребывании в неблагоприятной семейной или служебной обстановке, а также при продолжительном состоянии тревоги и большом умственном или физическом напряжении, связанном с предъявлением к личности непосильных требований, например во время подготовки к ответственным экзаменам» (Свядощ А. М., 1982).

Роль нарушений семейных представлений в возникновении нервно-психического напряжения. Уровень требований, которые ставит перед членами семьи жизнь, различен: он зависит от этапа жизненного цикла, который проходит семья, от условий, в которых она действует, и т. д. Чрезвычайно важно, однако, что объективные условия жизни воздействуют на семью не непосредственно, а опосредованно, преломляясь через представления семьи.

Семья может обращать большое внимание на одни аспекты жизни и игнорировать другие, и само отношение к ним может выступать в качестве фактора, порождающего нервно-психическое напряжение, если обусловливает восприятие индивидом окружающей действительности и своей жизни как требующих огромного напряжения сил или создающих значительную угрозу. Один из видов такого

семейного представления был установлен нами клинически. Его отличительные признаки:

1) он включает в себя наивно-психологические представления, четко определяющие, к чему должна стремиться семья, достижение каких целей должно обеспечить удовлетворенность семьи своей жизнью;
2) неверно отражает действительные потребности членов семьи, которые, как правило, не осознаются ими;
3) включает наивно-психологические представления о том, что неудовлетворенность семейной жизнью вызвана недостаточной энергичностью, упорством и целеустремленностью членов семьи в достижении своих целей. Обычно представление этого типа наблюдается у семей, для которых характерна энергичная деятельность.

Цели такой семьи — чаще всего материально-бытовые или карьерные (строительство дома, приобретение автомобиля, быстрое продвижение одного из членов семьи по службе и т. п.), и достижению их отдаются все силы, деньги, время: если требуются большие материальные затраты (например, на приобретение машины или строительство дома), все члены семьи так или иначе подрабатывают, соблюдается режим жесткой экономии. Весьма характерно, что все проявления неудовлетворенности, конфликтности, усталости в соответствии с семейным представлением приписываются тому факту, что цель еще не достигнута. Таким образом, ощущение неудовлетворенности жизнью семьи не становится стимулом к поиску ответов на вопросы: «Правильно ли мы живем? Добиваемся ли мы того, чего хотим?», а, напротив, воспринимается как фактор, усиливающий стремление к достижению цели. Даже достигнув ее и испытывая тем не менее неудовлетворенность, члены такой семьи в ответ выдвигают тут же новую цель. Среди других наивных психологических представлений, обусловливающих отношение семьи описываемого типа к своим проблемам, — представление о том, что наличие упорства, энергии и настойчивости дает возможность решения всех проблем.

Нервно-психическое расстройство, наиболее часто возникающее у членов такой семьи, — это прежде всего неврастения как результат длительного и непосильного нервно-психического напряжения. Первым обнаруживает «срыв» наименее стеничный член семьи, чаще всего представитель старшего поколения. Его отношение к своему заболеванию — угрызения совести в связи с тем, что «в такое горячее время» он оказывается выключенным из профессиональной деятельности (в первую очередь) и из семейной жизни.

Роль нарушений семейной коммуникации в возникновении нервно-психического напряжения. Нарушение семейной коммуникации — нежелательное явление, различными путями осложняющее жизнь семьи, — в ряде случаев играет особо значимую роль в возникновении длительной и чрезмерной нервно-психической нагрузки.

Опишем одно из нарушений межличностной коммуникации в семье, порождающее чрезмерную нервно-психическую нагрузку. Оно характеризуется следующими признаками:

1) один из членов семьи в силу тех или иных причин находится в таком положении, которое сильно фрустрирует его. Основную роль в этом играет не столько объективно высокая нервно-психическая нагрузка, сколько лично-

стный смысл его положения и обязанностей, с которыми ему приходится справляться. Именно они делают эту нагрузку чрезмерной. Так, в приведенном случае Анны Н. (см. случай 17, с. 170) фрустрирующий характер носил ее труд в доме, причем определяющее значение для нее имел не объем (хотя он был действительно велик), а смысл его — утрата ею самостоятельности, унизительная зависимость от мужа;

2) имеется член семьи, который мог бы помочь, снять чрезмерную нагрузку и, что особенно важно, изменить ее психологический смысл. В приведенном примере это мог сделать муж Анны Н.;
3) имеются нарушения коммуникации (барьеры коммуникации), которые делают невозможной передачу информации о субъективной непосильности напряжения. У Анны Н. нет способа побудить мужа посмотреть на сложившееся положение ее глазами. Мешают это сделать коммуникационные барьеры. Если бы муж Анны Н. действительно имел такую возможность, то он, как мы видели, скорее всего изменил бы свое отношение к сложившейся ситуации. Для семей, в которых есть такая взаимосвязь между нарушением семейной коммуникации и нервно-психическим напряжением, характерно, что уровень удовлетворенности одного из ее членов заметно понижен по сравнению с другими, причину этого он затрудняется назвать. Выше нами было описано дальнейшее развитие данного нарушения семейной коммуникации, в частности нарастание конфликтности взаимоотношений, попытки сообщить о своем состоянии нервно-психического перенапряжения окольным и искаженным путем.

Нервно-психическое перенапряжение и нарушение семейных механизмов интеграции (структурно-ролевых отношений в семье). Семейные механизмы интеграции обеспечивают единство семьи, создают мотивацию для ее сплочения. Нарушение этих механизмов приводит к активизации иных путей взаимного воздействия, и прежде всего взаимного побуждения и принуждения (при наличии отношений взаимной зависимости) и взаимного отчуждения (если данные отношения отсутствуют).

Особый интерес с точки зрения возникновения и сохранения перенапряжения, представляет, например, случай пациентки, чрезмерная активность и неимоверные требования которой к себе обусловливались ее неуверенностью в чувствах супруга, ощущением своего «несоответствия» (она, по ее собственной характеристике, — «простая работница», в то время как ее супруг — одно из главных лиц на том предприятии, где она работает). Интенсивная деятельность, приведшая ее к нервному истощению, имела своей целью компенсировать существующее в ее представлении несоответствие между социальными статусами.

Представляют интерес и нарушения интеграции семьи в виде межличностного конфликта, т. е. такая ситуация, когда разрешение противоречий в семье осуществляется методами борьбы и решение зависит не от того, кто прав и кто имеет больший авторитет, а от того, кто сильнее. Перенапрягающие свойства семейного конфликта определяются рядом обстоятельств. Во-первых, он требует напряжения всех сил, представляет собой серьезное испытание на выносливость нервной системы. Во-вторых, он резко нарушает жизнедеятельность семьи, затрудняет удовлетворение широкого круга потребностей. Наконец, конфликт оказывает

значительное патологизирующее влияние на всех членов семьи, как участвующих, так и не участвующих в нем непосредственно.

Еще один путь участия семьи в возникновении и развитии нервно-психического напряжения — это патологизирующие роли. Роли «козла отпущения», «неисправимого», «спасителя» и др. заставляют переносить значительное перенапряжение, эмоциональное давление.

Таким образом, участие семьи в возникновении психического перенапряжения весьма многообразно. Выявление пути, которым оно осуществляется, — непременная предпосылка эффективности семейной психотерапии.

Характер семейной психотерапии, выбор ее методов и форм зависят от того, какое нарушение играет важнейшую роль в возникновении невроза. Отечественной семейной психотерапией накоплен немалый опыт работы с семьей в тех случаях, когда источником невроза является межличностный конфликт. Основную роль в проводимой психотерапии играет в этом случае организованное психотерапевтами (врачом и психологом) обусловленное общение, а именно обсуждение семейного конфликтного взаимоотношения (Мягер В. К., Мишина Т. М., 1979).

Наш опыт свидетельствует о необходимости и эффективности применения методов психотерапии, направленных на коррекцию семейных представлений и патологизирующих ролей.

Перспектива развития семейной психотерапии при неврозах связана с выявлением основных путей воздействия семьи на основные патогенетические факторы и с выработкой психотерапевтических мероприятий по коррекции каждого из этих путей. Многие авторы, рассматривая роль психологических факторов в этиологии неврозов (Мясищев В. Н., 1959, 1960; Первомайский Б. Я., 1974; Карвасарский Б. Д., 1980, 1982), относят системные соматические расстройства при них (так называемые органные неврозы) к «малым» психосоматическим болезням.

Соматоформные и психосоматические расстройства. Психологические факторы — нарушение системы значимых отношений личности, рассогласование когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов отношений, различные типы внутриличностных конфликтов, преморбидные особенности личности, характерные для неврозов, — обнаруживаются и при психосоматических заболеваниях (Luban-Plozza B., Poldinger W., 1985), к которым большинство авторов относят ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальную астму, язвенный колит, сахарный диабет и некоторые другие (Губачев Ю. М., Стабровский Е. М., 1981; Карвасарский Б. Д., 1982).

Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер и Ф. Крегер (1994) выделяют психосоматические реакции и психосоматические нарушения.

Психосоматические реакции появляются в психотравмирующих жизненных ситуациях и исчезают бесследно при изменении их.

Психосоматические нарушения представлены тремя группами.

1. **Конверсионные симптомы.** Неразрешенный/неразрешаемый невротический конфликт приводит к соматическому ответу и переработке. Симптом несет символическое значение, преследующее цель привлечения внимания к индивиду, оказавшемуся в сложной ситуации, и метафорического обозначения конфликта. Конверсионные расстройства чаще всего затрагивают сознание, органы чувств и произвольные движения.

Наиболее частые проявления конверсионных расстройств — истерические парастезии и параличи, психогенные слепота и глухота, болевые феномены, амнезии, ступор и др.

2. **Функциональные синдромы (по МКБ-10 — соматоформные расстройства).** На прием к врачам разных специальностей, а затем к психотерапевтам приходят пациенты с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, боли, нарушения ритма, сокращений, ощущения нехватки воздуха, затруднения при проглатывании пищи, нарушения ритма дефекации и мочеиспускания.

   Клинические обследования, как правило, не обнаруживают тканевых изменений и дефектов.

   Ф. Александер (F. Alexander, 1951) определил данные функциональные нарушения как органные неврозы (системные неврозы в понимании отечественной школы психиатрии).

3. **Психосоматические нарушения (расстройства), или психосоматозы.** Психосоматические расстройства — первичная телесная реакция на конфликтное переживание, проявляющаяся тканевыми изменениями, патологическими нарушениями органов и систем.

В своем развитии психосоматическая медицина прошла ряд этапов, на каждом из которых доминировала та или иная теоретическая концепция. В соответствии с ними рассматривалась роль нарушений семейных взаимоотношений и строилась модель семейной психотерапии.

Можно выделить основные направления развития психосоматической медицины.

Ортодоксальный психоанализ и неофрейдизм. Здесь доминирует положение Зигмунда Фрейда (S. Freud, 1885) о конверсии эмоционального конфликта на соматические функции организма. Основным представителем этого направления был Ф. Александер (F. Alexander, 1934, 1939), который впервые показал, что симптомы соматических заболеваний могут иметь символическое значение и представлять собой неосознанное выражение пациентом внутриличностного конфликта. Соглашаясь с принципиальной критикой основных фрейдистских положений в психосоматической медицине — попытками соотнесения симптомов с различными неосознаваемыми комплексами и стадиями развития либидо (Карвасарский Б. Д., 1982), мы в то же время полагаем, что действительно ряд симптомов психосоматических заболеваний является метафорической формой выражения нарушений реальных отношений личности, сопряженных с дисфункциональными отношениями в семьях прокреации и супружеских семьях (Куприянов С. Ю., 1985).

Концепция нервизма получила большое развитие в физиологии, медицине и психологии в 30–50-е гг. XX в. в СССР; послужила толчком к развитию идей бихевиоризма и методов поведенческой психотерапии при психосоматических заболеваниях (Luban-Plozza B., Poldinger W., 1985).

Впервые экспериментально было показано влияние экзогенных (в том числе психологических) факторов на физиологическое функционирование желудка и других внутренних органов животных и человека. В частности, удалось показать особую роль разнонаправленных условных рефлексов на формирование наруше-

ний поведения, лежащих в основе артериальной гипертензии и инфаркта миокарда у животных.

Концепция «охранительного торможения» на многие годы предопределила тактику ведения больных гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца и др. (выключение из круга социальных отношений, режим пролонгированного отдыха и сна, назначение седативных и снотворных средств, преобладание гипносуггестивных методов психотерапии — «гипнозотдых» по К. И. Платонову).

Концепция «профиля личности» (Dunbar F., 1943). Представлялось чрезвычайно заманчивым и многообещающим связать различные психосоматические заболевания с различными типами (профилями) личности, а именно: найти определенную совокупность черт личности, характерную для определенных заболеваний. Дальнейшее развитие этого направления не оправдало всех надежд на обнаружение специфических для психосоматических заболеваний профилей личности (Карвасарский Б. Д., 1982), в то же время благодаря этой концепции был установлен ряд интересных фактов. Например, у многих больных легочным туберкулезом обнаружена повышенная чувствительность к ослаблению эмоциональных контактов с их семьями. Это создавало предпосылки для разработки методов семейной психотерапии. Надо признать, что до сих пор непонятно — является ли эта чувствительность преморбидным свойством личности или же она возникает в результате заболевания.

Концепция «акцентуаций личности» К. Леонгарда (K. Leonhard, 1981), развитая в нашей стране А. Е. Личко (1977, 1983, 1985), способствовала поискам связей между типами акцентуаций характера и типами отношения к болезни (Личко А. Е., 1983; Карпова Э. Б., 1985; Калитиевская Е. Р., 1986).

Концепция «десоматизации и ресоматизации» (Schur M., 1974) была сформулирована в конце 20-х гг. XX в. В основе этой концепции лежит представление о неразрывности соматических и психологических (эмоциональных) процессов у человека в период раннего детства, которая ослабевает по мере его взросления. Таким образом, нормальное развитие человека, по мнению Макса Шура, соответствует понятию «десоматизация», а патологическое (в частности, с явлениями ретардации или диспропорциональности) — «ресоматизации» (Ковалев В. В., 1985). Следовательно, предрасположенность к психосоматическим заболеваниям обусловлена недостаточной дифференциацией эмоциональных и соматических процессов у лиц с явлениями инфантилизма. Любое эмоциональное нарушение легко трансформируется у них в нарушение соматических функций. Шур показал значение адекватного психологического созревания личности для профилактики психосоматических заболеваний.

Жесткий контроль со стороны родителей — «доминирующая гиперпротекция», «симбиотическая связь» — способствует развитию черт инфантильности, слабости побудительных мотивов к деятельности, замкнутости и безынициативности детей (Эйдемиллер Э. Г., 1976; Захаров А. И., 1976, 1982; Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1979, 1985; Козлов В. П., 1983).

Концепция «утраты значимых для индивида объектов» (object oss) (Freyberger H., 1976). Под объектом понимаются одушевленные и неодушевленные факторы окружения, к которым у субъекта имеется сильная привязанность и которые обеспечивают комфортность самочувствия субъекта (Freyberger H., 1976). Субъективно перерабатываемая индивидом утрата объектов (реальная или вос-

принимаемая как таковая) приводит, по мнению автора, к состояниям, которые в отечественной психиатрии квалифицируются как ларвированные (соматизированные) депрессии. В свою очередь, эти клинические состояния понижают толерантность личности к стрессам, в результате чего может развиться психосоматическое заболевание. Во многом сходную точку зрения отстаивают В. Д. Тополянский и М. В. Струковская (1986).

Концепция «утраты значимых для индивида объектов» представляет собой психологическую разновидность концепций стресса Ганса Селье и «состояний опасности» У. Кэннона.

Учение об алекситимии. Термин «алекситимия» (*alexithytia*; *a* — отсутствие; *lexis* — слово; *thymos* — эмоции) был введен Сифнеосом и Немиахом для обозначения ведущего психологического расстройства, лежащего, по их мнению, в основе психосоматических заболеваний, — ограниченной способности индивида к восприятию собственных чувств и эмоций, их адекватной вербализации и экспрессивной передаче (Sifneos P., 1973). Мышление таких людей носит конкретно-бытовой характер, для них характерно отсутствие фантазий, бедное воображение, они не способны вспомнить сновидение. Ранее считалось, что алекситимия является врожденным стабильным свойством психики, однако исследования, проведенные О. Ф. Макаровой под нашим научным руководством, доказали, что уровень алекситимии у подростков с эрозивным гастродуоденитом снижается в процессе психотерапии (Макарова О. Ф., 1996; Эйдемиллер Э. Г., Макарова О. Ф., 1997).

Алекситимия не является предрасполагающим фактором в развитии психосоматических расстройств — она характеризует больных неврозами, шизофренией, а кроме того, встречается и у здоровых людей. Близкое понимание личностных проблем было предложено парижской школой (Marty P., M'Uzan M. de, 1963) — «la pensee operatoire» — неспособность лиц с психосоматическими заболеваниями к свободным фантазиям, их конкретность, заземленность и ригидность их ценностных ориентаций. В настоящее время концепция алекситимии является наиболее распространенной.

Источники алекситимии усматриваются в дисфункциональных стереотипах взаимоотношений в семьях, где не поощряется свободное выражение чувств, особенно при столкновениях с реальностью и ломкой жизненных стереотипов.

Завершая обзор основных направлений развития психосоматической медицины, необходимо подчеркнуть, что патогенез соматических заболеваний не может быть объяснен действием какого-нибудь одного этиопатогенетического фактора. Они находятся в сложной констелляции и определенным образом иерархизированы. Многие из них формируются под влиянием семейного окружения. В частности, родительская семья, в которой индивид родился и вырос, играет ведущую роль в формировании таких патогенетических факторов психосоматических заболеваний, как конверсия, профиль личности (тип акцентуации характера), инфантильность («десоматизация — ресоматизация»), алекситимия.

Родительская семья и собственная семья пациента могут способствовать понижению толерантности к стрессовым ситуациям, сенсибилизации к «утратам значимого объекта» и наклонности к соматизированным депрессиям.

Исследователями были выделены три типа отношений родительских семей и больных с психосоматическими расстройствами.

1. «Связывание» — характеризуется жесткими стереотипами коммуникаций; дети инфантилизируются, их эмоциональное развитие отстает.
2. «Отказ» («отвержение») — ребенок как бы «отказывается» от своей личности, развиваются аутизм и тенденции к автономности.
3. «Делегирование». У родителей происходит сдвиг в ожиданиях по отношению к детям. Истинные достижения детей родители игнорируют, перемещая на них свои несбывшиеся надежды, т. е. манипулируют ими как со своеобразными продолжениями своего «Я» (Stierlin H., 1978).

Ниже мы рассмотрим этиологические и патогенетические факторы, связанные с нарушениями функционирования семьи при основных психосоматических заболеваниях, а также тактику семейной психотерапии.

Бронхиальная астма. Роль психологических факторов в развитии этого заболевания признается многими исследователями (Куприянов С. Ю., 1985; von Weizsacker V., 1949; Fuchs M., 1965; Heim E. et al., 1970). Многообразие выявленных закономерностей может быть сведено к трем группам факторов: профиль личности, алекситимия, символическое отражение в симптомах внутриличностного конфликта.

В профиле личности выявляют (Heim E., 1970) истерические черты и повышенную ипохондричность, а также наличие неосознаваемой тревожности. Ф. Вейцзеккер и М. Фухс (von Weizsacker V., 1949; Fuchs M., 1965) в симптоме бронхоспазма усматривают символическое выражение личностного конфликта между потребностью пациента в нежности и страхом перед ней, а также противоречивость в решении проблемы «брать и давать» (*give and take*) (Brantigam W., Christian P., 1973). Основное место Брантигам и Кристиан отводят в развитии бронхиальной астмы подавлению матерью эмоциональных проявлений у ребенка в раннем детстве — крика, плача и т. д.

Как показывает наш клинический опыт, родительские семьи больных бронхиальной астмой характеризовались сдержанностью в проявлении эмоций у ее членов; родители стремились контролировать и подавлять инициативу своих детей, блокировать несанкционированные эмоциональные проявления.

Коррекция этих нарушений в рамках семейной психотерапии должна осуществляться по двум направлениям:

1) развитие и усиление эмоциональных коммуникаций в семье с использованием невербальных техник В. Сатир;
2) разыгрывание ролевых ситуаций в аспекте поведенческой семейной психотерапии следующего содержания: «просьба», «требование», «благодарность» и др., которые в дальнейшем обсуждаются.

Такая психотерапия, применяемая в комплексе с другими лечебными воздействиями, приводит к облегчению течения болезни и значительному уменьшению количества приступов бронхоспазма, а также к редукции у 92% больных бронхиальной астмой нервно-психических механизмов патогенеза (Куприянов С. Ю., 1983, 1985).

Туберкулез легких. Мы не склонны относить туберкулез легких к психосоматическим заболеваниям, хотя многие зарубежные исследователи традиционно рассматривают его в руководствах по психосоматической медицине, в том числе

и в одном из последних руководств «Психосоматические заболевания в общей практике» (LubanPlozza B., Poldinger W., 1985). Никакого специфического личностного профиля у этих больных обнаружить не удается.

В этой связи большой интерес представляют патохарактерологические исследования подростков и юношей, больных туберкулезом легких. Было установлено, что подростки и юноши с периферической артериальной гипертензией, язвенной болезнью желудка и туберкулезом легких достоверно отличались от здоровых сверстников общей высокой акцентуированностью и большой частотой эмоционально-лабильного и лабильно-истероидного типов акцентуаций характера, что свидетельствует о повышенной вероятности возникновения в их жизни стрессовых ситуаций, чрезмерной впечатлительности и повышенной чувствительности к отношению и оценкам окружающих. Эти факты в какой-то мере согласуются с полученными ранее — больные обнаруживают крайнюю ранимость в ситуациях лишения любви. Существующая практика лечения туберкулеза легких с длительной изоляцией в стационарных медицинских учреждениях способствует развитию явлений депривации и ослаблению связей с семьей. Семейная психотерапия должна быть направлена на стабилизацию эмоциональных отношений между членами семьи и элиминирование крайних перепадов в их отношениях.

Гипертоническая болезнь. Профиль личности у больных гипертонической болезнью включает следующие черты (Luban-Plozza B., Poldinger W., 1985):

1) внутриличностный конфликт между агрессивными импульсами и потребностью в зависимости от значимых лиц;
2) перфекционизм, т. е. стремление к достижению высоких социальных целей и высоких стандартов социальной жизни. Эти черты приводят к хроническому стрессу и состоянию повышенной готовности к психосоматическому реагированию. Отечественными исследователями у таких больных выявлены черты интровертированности, эмоциональной лабильности и истероидности; они менее адаптированы к стрессовым ситуациям, возникающим при смене жизненных стереотипов (Левин Г. З., 1976; Цейтина Г. П., 1980; Калитиевская Е. Р., 1986). Указанные психологические проблемы могут быть усилены семейным окружением больных.

Задачей семейной психотерапии является достижение осознания пациентом собственных эмоциональных проблем, тех ситуаций, которые поддерживают не конструктивное их разрешение в семье, и стереотипов поведения, уводящих пациента от собственных эмоциональных проблем. В качестве одной из психотерапевтических техник, наиболее полно отвечающих поставленной задаче, может быть рекомендована методика «конструктивного спора» Баха—Кратохвила, способствующая разрешению супружеских конфликтов.

Ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда. Многие исследователи (Гоштаутас А. А., Крищюнайте Т. Т., 1981; Губачев Ю. М., Стабровский Е. М., 1981; Карвасарский Б. Д., 1982; Dunbar F., 1947; Rosenman R., Friedman M., 1959; Christian P. et al., 1966; Jenkins C., 1972; Freyberger H., 1976; Petzold E., 1978) выявили в преморбиде больных с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда перфекционизм и мотивацию на достижение высоких социальных целей. Больные характеризовались торопливостью в ведении дел, нетерпением, ощущением нехватки времени, чувством высокой ответственности за порученное дело.

Не находили у них заторможенности, черт эмоциональной лабильности, повышенной неуверенности в себе. Их характеризует «уход в работу»; на все остальное им просто не хватает времени, что можно объяснить тем, что в ситуациях, ориентированных на достижение высоких целей, дела у них шли лучше, чем в семейном кругу или в обществе друзей (Petzold E., 1978). Такой профиль личности получил название «тип А».

Основной целью семейной психотерапии является преодоление односторонности ценностных ориентаций больных. В сеансах семейной психотерапии пациент с помощью своих родственников учится расширять диапазон социально-психологических ролей за счет приобретения и углубления ролей «отца» и «мужа», «матери» и «жены».

Чрезвычайно важным является преодоление эмоционального отрыва больного от семьи, который поначалу проявляется в неинформированности о жизни семьи, а затем и в переносе стиля своих профессиональных отношений в семью. На первых этапах семейной психотерапии предпринимается попытка отыскания «союзника» — наиболее заинтересованного в разрешении сложившейся ситуации члена семьи. Чаще всего «союзником» психотерапевта в поисках альтернативных отношений в семье оказывается супруг (супруга) пациента, но могут быть и дети. В дальнейшем осуществляется психотерапевтическая работа с «союзником» по повышению его социальной компетенции. Супруг или супруга самостоятельно отыскивают способы повышения привлекательности семейной жизни для больного (приобретение красивого платья, кокетство, основания для легкой ревности, дружба с женой начальника мужа, билеты в театр и на концерты, обнаружение собственной неуверенности в роли воспитателя, обращенная к мужу просьба помочь и т. д.). Подобная программа оказывается длительной, начинается в стационаре и требует своего продолжения во внебольничных условиях.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. К настоящему времени выделено семь профилей личности, обусловливающих не только сам факт развития язвенной болезни, но и хронификацию ее, а также клинические особенности ее течения (Alexander F., 1934; Loch W., 1963; Overbeck G., Biebl W., 1975; Meyer A., 1976).

Мы остановимся лишь на тех из них, формирование которых в наибольшей степени связано с функционированием родительской и супружеской семей.

1. «Тиранический пациент» (Overbeck G., Biebl W., 1975) характеризуется слабым Эго, внутренней зависимостью от окружения и в то же время интенсивным страхом перед этой зависимостью. Как гиперкомпенсаторная реакция в поведении у него выступает стремление к тираническому подавлению окружающих со вспышками агрессивности в случае неудач. Часть пациентов обнаруживает, кроме того, склонность к алкоголизации. Семейная психотерапия (Luban Plozza B., Poldinger W., 1985) нацелена на осознание пациентом переживаемого им страха, тех ситуаций, в которых наиболее сильно возникает этот страх и гиперкомпенсаторно появляется стремление уйти от переживаний с помощью тиранического поведения. Занятия должны проводиться по принципу «здесь и сейчас» с использованием техник гештальт-терапии. Пациент и его родственники используют технику «перевертышей», поочередно проигрывая роли «агрессивного» и «тиранического», а затем «испуганного» человека. Обсуждается аутентичность

пребывания в этих полярных ролях. Рассматриваемая психологическая проблема, как показывает наш опыт, формируется в родительской семье пациента, в которой либо оба, либо один из родителей обнаруживают стремление к доминированию и подавлению. Такое поведение родителей вызывает у детей страх с дальнейшим формированием психологической защитной реакции в виде тирании. Зачастую гиперкомпенсаторное тираническое поведение актуализируется в супружеской семье пациента. Семейная психотерапия должна способствовать повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов взаимодействия (Minuchin S., 1974).

2. Больные с психопатическими чертами характера, или «неврозом характера», с компульсивно-депрессивными чертами и тенденцией к постоянному «рассеиванию» агрессивного напряжения на окружающих язвят окружающих ироническими замечаниями, выражают постоянное недовольство, брюзжат, что создает негативное отношение к ним со стороны членов семьи и других лиц, что форсирует стремление пациента к проявлению агрессии, — формируется «порочный круг». Для его преодоления показано применение техники «конструктивного спора» Баха—Кратохвила.

Сахарный диабет. По мнению М. Блейлера и Дж. Рудольфа, психологический фактор может играть определенную роль в возникновении сахарного диабета (Bleuler M., 1961; Rudolf G., 1970). В то же время никто не оспаривает того положения, что заболевание развивается в результате сочетанного действия многих факторов биологической и психологической природы (Reindell A. et a1., 1976). Рудольф показал три механизма, которые способствуют заболеванию сахарным диабетом (Rudolf G., 1970).

1. Внутриличностные конфликты и потребности компенсаторно удовлетворяются актом еды (формула: еда — любовь). Интенсивный аппетит и склонность к ожирению ведут к стабильной гипергликемии, которая в конечном итоге функционально ослабляет секреторную деятельность островков Лангерганса поджелудочной железы.
2. В результате идентификации пищи с любовью уничтожение этой эмоции (блокировка ее) приводит к переживанию состояния голода, которое усиливается независимо от принятия пищи. Формируется «голодный» метаболизм, который соответствует метаболизму больного диабетом.
3. Встречающиеся на протяжении жизни неосознанные страхи, приводящие к постоянному реагированию по типу «бегство—борьба», сопровождаются гипергликемией. Поскольку психологическое напряжение адекватно не реализуется, диабет может развиваться из начальной гипергликемии. По казано, что нарушение ролевой структуры в родительских семьях приводит к лабильному течению и приступам кетоацидоза у детей и подростков, больных инсулинозависимым типом сахарного диабета (см. случай 36).

Итак, семейная психотерапия является важнейшим компонентом реабилитации больных сахарным диабетом, особенно детей и подростков.

Язвенный колит и болезнь Крона. Этиология данных заболеваний в настоящее время неясна. Обсуждаются бактериальная, вирусная и иммунологическая теория патогенеза.

Случай 36

СЕМЕЙНЫЙ СТРЕСС И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

С. Минухин описывает семью Коллинз, обе дочери которых — Вайолет 12 лет и Диди 17 лет — с детства страдают сахарным диабетом и получают инсулин (Minuchin S., 1974). У старшей дочери лабильное течение болезни, обострения которой сопровождаются приступами кетоацидоза, длительно не купирующимися, несмотря на увеличение доз инсулина. Пробы на физиологическую лабильность у обеих сестер оказались одинаковыми.

С этой семьей (с согласия ее членов) был проведен эксперимент, который заключался в том, что родители были подвергнуты психологическому стрессу, за которым дочери наблюдали из другого помещения через одностороннe-прозрачное зеркало. У всех членов семьи определяли уровень свободных жирных кислот (СЖК), которые являются одним из биохимических индикаторов эмоционального стресса. Уровень СЖК возрастал через 5–15 минут после стресса.

После завершения стрессовой ситуации детей пустили к родителям. Выяснилось, что девочки играют разные роли в отношениях с родителями: каждый из них старался привлечь Диди на свою сторону, чтобы разрешить только что возникший супружеский конфликт.

После этого уровень СЖК у родителей стал снижаться. Снижался он и у Вайолет, на которую никто из родителей во время ссоры не обращал внимания. У Диди высокий уровень СЖК держался дольше всех. Очевидно, что разрешение ролевого конфликта в данной семье не приведет к выздоровлению дочерей, но сделает течение заболевания у Диди более благоприятным.

Ведущая личностная психологическая проблема — алекситимия (Marty P., de M'Uzan M., 1963). По мнению Фрейбергера (Freyberger H., 1969), у больных с язвенным колитом имеются черты инфантильности, наклонность к депрессивным реакциям, которые представляют собой результат подавления агрессивных импульсов и эмоций (случаи 37 и 38).

Заканчивая обзор различных аспектов семейных исследований и семейной психотерапии при психосоматических заболеваниях, следует сказать, что все методы и техники, которые имеются в ее арсенале, здесь могут иметь практическое применение. Фактором, структурирующим процесс психотерапии и иерархизирующим последовательность применения техник семейной психотерапии, является психологическое звено патогенеза того или иного психосоматического заболевания.

В качестве примера семейной психотерапии при системном неврозе с гастрологическим синдромом приведем следующее наблюдение.

Больная Галина С., 39 лет. Находилась на стационарном лечении в отделении неврозов и психотерапии Ленинградского научно-исследовательского неврологического института им. В. М. Бехтерева.

Жалобы на боли ноющего характера в эпигастральной области, тошноту, появляющиеся после эмоционального напряжения, и на давящую головную боль, которая носит постоянный характер и острее всего ощущается в височных областях. Бывают приступообразные головные боли, сопровождающиеся головокружением, тошнотой, сердцебиением, ноющей болью в эпигастрии, «точками» перед глазами.

Родилась в Ленинграде, беременность матери протекала нормально. Единственный ребенок в семье. Психомоторное развитие без особенностей. Перенесла детские инфекции. Мать больной страдала открытой формой туберкулеза легких, была «строгой, мужественной и нравственной». Отец по характеру был добрым,

Случай 37

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

У одного из наших пациентов — Михаила К., 41 года, был диагностирован язвенный колит с обширным кровотечением. На протяжении всей своей жизни характеризовался повышенным чувством ответственности, обязательностью, пунктуальностью и контролем над своими эмоциями. С помощью психотерапии он понял, что выражение его лица чаще всего было бесстрастным или деловито озабоченным. В состоянии алкогольного опьянения он, по словам родственников, был оживленным, раскованным, словоохотливым, раскрывался перед собеседниками. Это эмоциональное состояние также было «проиграно» его родственниками и потом обсуждено. Многие годы больному не удавалось конструктивно построить свои отношения с женой. Он часто становился объектом ее придирок, был недоволен этим, в то же время сам ничего не менял в своем поведении и не стремился к пониманию истоков такого отношения жены к себе. Изредка реагировал на критику в свой адрес тем, что уходил из дома, совершал агрессивные поступки по отношению к жене, потом раскаивался и просил прощения. В семье обнаруживал выраженную психологическую зависимость. На работе характеризовался положительно, имел репутацию «человека дела». За три года до болезни согласился выполнить диссертационную работу. Собрал большой материал, но по разным причинам отказывался от его обработки и написания самой диссертации. По некоторым невербальным признакам в поведении больного при обсуждении этой темы можно было предположить переживание им страха и неуверенности, которые он сам до конца осознать не мог.

Задача проводившейся семейной психотерапии — способствовать соприкосновению больного с различными сторонами собственного эмоционального опыта, осознанию роли, которую он играл в семье (написание диссертации также не осознавалось им как попытка повышения своей значимости в семье), повышению его веры в свои истинные возможности.

мягким, заботливым. В возрасте 12 лет Галина С. заболела туберкулезом легких. С учета в туберкулезном диспансере была снята в 1965 г. в возрасте 17 лет. В школе училась средне, среди сверстников держалась обособленно — стеснялась. Себя считала зависимой, слабой, недостойной внимания окружающих. Много времени приходилось тратить на домашние заботы, ухаживать за больной матерью.

Месячные с 11 лет, регулярные; умеренный интерес к лицам противоположного пола — с 14 лет. С 30 лет нарушение месячного цикла, месячные стали скудными, болезненными, отмечается предменструальное напряжение. В юношеском возрасте ухаживаний старалась избегать — «это нехорошо, недостойно, было много хлопот по дому». Платонически влюблялась в сверстников. После 8-го класса поступила в техникум, который затем и окончила. Работала в должности инженера. С работой справлялась, но интереса к ней не испытывала.

Незадолго до окончания ею техникума умерла ее мать, а через полгода — отец. Осталась одна в квартире, без друзей и близких. Вспоминая о тех годах, когда она находилась под опекой матери, больная старалась делать только то, что та одобрила бы. По характеру всегда была слабой, чувствительной. Через дальних родственников познакомилась с мужчиной, который был старше ее и ей не понравился, любви к нему Галина не испытывала, но на предложение выйти за него замуж ответила согласием: «боялась остаться одна». Половая жизнь с мужем с 19 лет. Сексуальные отношения удовлетворения не приносили, воспринимала их как необходимость, мечтала о другом мужчине — «интеллигентном, возвышенном, способном на сильное, необычное чувство, на рыцарские неожиданные поступки».

Случай 38

НЕВРОТИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

Другой пример — Леонид Г., 17 лет. Проходил в Подростковом консультативном центре Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева групповую и семейную психотерапию по поводу хронического неспецифического язвенного колита.

Леонид в дошкольном периоде и в начальной школе обнаруживал страхи, эпизодическое недержание мочи в ночное время. В младшем подростковом возрасте занимался фарцовкой, был поставлен на учет в инспекции по делам несовершеннолетних; вскоре заболел колитом.

Личностная проблема — завышенные представления о собственных лидерских способностях и неспособность играть роль лидера в формальных и неформальных группах сверстников и взрослых.

В семье был предметом потворствующей гиперпротекции со стороны родителей, особенно матери. Мать чувствовала себя неуверенно в присутствии родителей мужа, по отношению к сыну обнаружила установки ФУ, РРЧ (данные получены с помощью опросника АСВ).

В процессе психотерапии сократилась эмоциональная дистанция между родителями, а Леонид скорректировал соотношение между потребностью занимать исключительное место в жизни и способами ее удовлетворения.

В этом примере обращает на себя внимание смена синдромов на протяжении жизни Леонида: невротический синдром — делинквентный — психосоматическое расстройство личности с невротическим конфликтом.

(К настоящему времени уже опровергнута та точка зрения, что заболевание неврозом в какой-то степени предохраняет от заболевания каким-либо психосоматическим расстройством.)

Через год совместной жизни появились головные боли, которые в дальнейшем практически не проходили. В это же время родился сын. Первая половина беременности сопровождалась токсикозом, роды в срок, без патологии. Грудью кормила до 6 месяцев, а затем молоко пропало. Сын для больной становится родным, близким. Все свое свободное время она проводит с ним, совсем забыв о муже. Углубленно интересуется учебой сына, сопровождает его в кружки, обсуждает с ним все проблемы. Когда сын в подростковом возрасте стал увлекаться рок-музыкой, мечтал организовать свой ансамбль и стал проводить много времени на репетициях и «тусовках», мать переживала разлуку с ним. Предложила, чтобы репетиции проходили у них дома, причем сама согласилась занять вакансию ударника.

Сексуальные контакты с мужем почти прекратились. В связи с тем что он алкоголизировался, говорила сыну: «Как нам не повезло с отцом». Постепенно сын, несмотря на теплое отношение к нему отца, стал под влиянием матери отдаляться от него. В школе учился неровно, много времени посвящал музыке. Знал, что дома отцу не дано права вмешиваться во что бы то ни было, а мать всегда пожалеет и возьмет под защиту. Последние два года связался с «системой», отрастил длинные волосы, надолго уходил из дома. Уклонялся от трудовой деятельности. Мать болезненно переживала взросление сына и его отдаление от семьи. Ждала, когда его призовут в армию: «человеком станет». Зато сейчас, когда это произошло, почувствовала, что обстановка дома стала совсем невыносимой: «Я никому не нужна».

В то же время высказывает желание сохранить брак, но как-то изменить при этом мужа. Недовольна его социальным статусом — по образованию он инженер, а стал рабочим, чтобы больше зарабатывать. Временами испытывает к мужу сильную агрессию, «хочется его задушить». Считает его алкоголиком, «страшным че-

ловеком». Муж напивается один-два раза в месяц. В состоянии алкогольного опьянения становится неузнаваемым — из тихого, мягкого, «незаметного» человека пре вращается в агрессивного, с непредсказуемым поведением. Может сказать все, что думает, оскорбить, что-нибудь сломать, разбить. Жену при этом ни разу не ударил. Жена замечала, что у мужа в состоянии опьянения зрачки становятся узкими, речь — невнятной, меняется даже почерк. На следующее утро воспоминания отрывочные, муж чувствует себя виноватым, просит прощения.

В динамике заболевания Галины С. можно выделить следующие моменты: 10 лет назад появились приступы головной боли, которые начинались с головокружения, «точек перед глазами», тошноты, дрожи в теле. Приступы снимались приемом беллатаминала.

Полтора года назад в структуре приступов возникли ноющие боли в эпигастральной области, а в течение последних 9 месяцев они стали постоянными, усиливаются при эмоциональных нагрузках.

В беседе с мужем больной — Андреем С. — удалось выяснить, что с момента знакомства с женой ему приходилось постоянно сдерживаться: «Галя такая чувствительная, тонкая. Ее нужно оберегать, иначе у нее разболится голова». Выполнял по дому все работы. Возвращаясь домой после рабочего дня, заставал одну и ту же картину — страдальческое лицо жены. Уходил к себе в комнату, старался ходить неслышно и не попадаться ей на глаза. В общении с ней привык не позволять себе свободно проявлять эмоции, быть раскованным. Жену считает центральной фигурой в семье, от которой зависит принятие любого решения. Замечал, что жена склонна к агрессивным реакциям, в то же время очень болезненно реагирует, если он себе позволяет быть «неподконтрольным». После работы привык пить пиво с друзьями. Примерно один-два раза в месяц крепко напивался. В состоянии опьянения бродил по улицам; вернувшись домой, устраивал скандалы: «Говорил то, что думал. Словно перегретый пар из меня хлестал».

По инициативе жены неоднократно консультировался у врачей — сексопатологов и наркологов. Был признан здоровым, к большому разочарованию жены; никаких лекарств мужу не назначали и на учет в психоневрологический диспансер не ставили.

Супруги изъявили желание пройти курс семейной психотерапии.

Объективно: сознание не помрачено; больная контактна. Охотно описывает свои жалобы, явно довольна тем, что ее подробно расспрашивают и дают ей возможность высказаться. Себя подает как страдающую сторону в длительном семейном конфликте. Всю вину за сложившиеся в их семье отношения возлагает на мужа, которого считает алкоголиком, «неотесанной деревенщиной». Очень подробно и с явным, хотя и не осознаваемым ею, удовольствием рассказывает об алкоголизме мужа, каким «страшным» он приходит домой. Считает, что его надо лечить в психиатрической больнице.

В общении с врачом проявляет черты демонстративности и чувствительности. При расспросах о семейной жизни плачет, очень настойчива в своей версии заболевания: «я — жертва сумасшедшего мужа, и мне никто не хочет помочь». Даже и не подозревает, что могут быть какие-то альтернативы ее представлениям о семейных ролях.

Настроение снижено, но выраженной депрессивной окраски аффекта нет. Бредово-галлюцинаторные переживания не обнаружены. Память не нарушена.

Интеллект соответствует образованию, культурной среде. Мышление носит образный, конкретный характер.

Неврологически: без очаговой патологии.

Соматически: невысокого роста, астенической конституции, обычного питания. Умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области.

ЭЭГ — определяются изменения биоэлектрической активности коры головного мозга диффузного характера с вовлечением подкорковых структур. Анализы крови и мочи — без патологии. Исследование желудочного сока выявило незначительное повышение общей кислотности. При рентгеноскопии желудка признаков язвы не выявлено.

Психологическое обследование по методу аутоидентификации словесным характерологическим портретам (СХП): в качестве подходящих больная выбрала демонстративный и сенситивный портреты.

При заполнении опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) на сына выявила у себя психологическую проблему «расширение родительских чувств» (РРЧ) — в общении со своим сыном старалась удовлетворить не только потребности в родительской любви, но отчасти и эротические потребности, заблокированные в отношениях с мужем. Воспитание сына носило с ее стороны характер «потворствующей гиперпротекции».

Муж при аутоидентификации по словесным характерологическим портретам выбрал конформный портрет и отчасти инертно-импульсивный. По АСВ обнаружил воспитательную неуверенность.

На первом сеансе семейной психотерапии (которую мы проводили с Г. С. Крыловой) супругам поочередно был задан вопрос: «В чем вы видите проблему?» Галина С. вела себя наступательно, активно, сразу же сказала, что главная проблема — ее муж и его неумеренное пьянство: «Мужа нужно госпитализировать и лечить». Андрей С. очень серьезно слушал свою жену и покорно кивал головой: «Да, я болен, выпишите мне какие-нибудь таблетки». На первом и последующих сеансах был выявлен «семейный миф», который поддерживал сложившиеся дисфункциональные стандарты взаимоотношений и способствовал выделению члена семьи — «носителя симптома». В семьях с нарушенными отношениями, в «невротических» семьях, т. е. в тех случаях, когда «образ семьи» неадекватен, он становится, по существу, неким согласованным «мифом», который позволяет семье и ее членам сохранить идеализированные представления о себе (Мишина Т. М., 1983).

Жена, неосознанно прикрывающаяся образом (ролью) жертвы — «женщины очень чувствительной, слабой», на самом деле играла лидирующую роль в семье и манипулировала мужем, поощряя его блокировать собственные эмоции, в частности агрессивные, что приводило к их суммированию, накоплению и кризисному неуправляемому их проявлению в состоянии алкогольного опьянения.

С первого и до третьего сеанса муж сидел с бесстрастным лицом и лишь модуляциями голоса иногда показывал, что он переживает. Такое поведение явно раздражало Галину С., и она заявляла: «Ну конечно, тебе наплевать на меня». Галина С. явно ориентировалась на мужчину-психотерапевта и бросала молчаливый вызов мужу: «Видишь, каким мужчиной надо быть!» Так продолжалось до тех пор, пока Галина С. не подверглась атаке со стороны «обожаемого» ею психотерапевта. Заметив, что она несколько раз говорила о переживаемом ею страхе, а невер-

бально демонстрировала раздражение и злость, он задал ей несколько вопросов о ее эмоциональном состоянии, а затем воспроизвел ответы в виде техники «зеркала» с определенным усилением: «Итак, я, Галина С., сейчас переживаю страх», — в то время как мимика психотерапевта, его напряженная поза и сжатые кулаки гипертрофированно отражали агрессивную эмоцию. Галина С., увидев это, заплакала, появилась бурная вегетативная реакция. Затем мы пытались привлечь ее внимание к поведению мужа. Андрей С. переживал неподдельную муку, сочувствовал жене, но в то же время привычно пытался взять свои эмоции под контроль и обесценить их значение для себя. Возникшая ситуация была «проиграна» между психотерапевтами: «Что испытывает Андрей С. и что ему следует сделать с обидчиком?» «Обидчик» получил от котерапевта агрессивную эмоцию, а Андрей С. стал успокаивать жену в позиции отца, склонившегося над плачущим ребенком.

Разрушению семейного мифа способствовали техники конфронтации с эмоциональными переживаниями, заимствованные из гештальт-психотерапии (Pearls F., 1969) и получившие в переводе название «перевертыши». Галина С. последовательно проигрывала ситуации страха, в которых оказывалась менее аутентичной; агрессии, которые ей удавались лучше, но как агрессивные ею ранее не воспринимались; Андрей С. проигрывал эмоции: «спокойствие», «гнев», «сочувствие». Последние две проигрывались наиболее спонтанно и аутентично. Галина С. созналась, что она мало что понимает в своих отношениях с мужем, но чувствует, что в ней что-то произошло и она начала смотреть на многое по-новому.

К сожалению, программа семейной психотерапии до конца выполнена не была, так как предстояла выписка больной из стационара и возникли трудности на пути амбулаторного ее продолжения.

Катамнез через 1 год: симптоматика в значительной степени уменьшилась. Ценит заботу и внимание мужа к себе: «Мы стали ближе друг к другу. Другие варианты в жизни нам не светят».

Катамнез через 5 лет. Практически здорова. Отношения с мужем доверительные. Сын женился, живет отдельно от родителей.

Семьи детей с дискинезией желчевыводящих путей и особенности семейной психотерапии. М. П. Билецкой выполнено под нашим руководством диссертационное исследование на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Совладающее поведение и клинико-психологические характеристики членов семей с дискинезией желчевыводящих путей (в связи с задачами семейной психотерапии)» (2006).

С любезного разрешения автора приведем фрагменты диссертации и материалы учебно-методического пособия М. П. Билецкой на тему: «Краткосрочная “ромбовидная” векторная семейная психотерапия» (при психосоматических заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей) (СПб., 2006).

Психологические особенности семей с ребенком, страдающим дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП)

В настоящее время дискинезия желчевыводящих путей рассматривается с позиции биопсихосоциального подхода как психосоматическое заболевание, которое приводит к эмоциональной неустойчивости ребенка, вызывает нарушение пове-

дения в семье и в школе, снижает возможности его социальной адаптации. Хроническое течение заболевания, частые обострения, выраженный болевой синдром, необходимость соблюдать жесткую диету усугубляют психологическое состояние ребенка, который находится в постоянном напряжении. Психоэмоциональное напряжение усиливает спазм желчевыводящих путей и дизрегуляцию системы сфинктеров.

Семья, в которой растет и развивается ребенок с ДЖВП, может способствовать снижению напряжения или, наоборот, усугубить его. Именно поэтому семейная психотерапия является необходимой составляющей комплексного гастроэнтерологического лечения. Предпосылки для развития психосоматических заболеваний создают дисфункциональные семьи, в которых «блокируются актуальные потребности самого слабого члена семьи» (Эйдемиллер Э. Г., 1999; 2002; 2003). Формирование индивидуальных психологических защит ребенка, его особенностей личности напрямую зависит от степени детско-родительской привязанности, от внутрисемейного климата и от усвоения детьми особенностей совладающего поведения взрослых членов семьи.

Данные анамнеза, метода включенного наблюдения и интервью доказывают, что идентифицированным пациентом в семье чаще всего является ребенок, так как именно его болевой синдром и/или поведение, школьная неуспеваемость являются наиболее частыми причинами обращения семьи к психотерапевту.

Анализ семейных генограмм позволил выявить у детей с психосоматическими заболеваниями наследственную предрасположенность: в прародительской семье и у одного из родителей имелась патология ЖКТ (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастродуоденит, ДЖВП). В этих семьях чаще отмечались ссоры, скандалы, уходы из дома; взаимоотношения супругов носили конфликтно-симбиотический характер, наблюдалось замалчивание конфликтов. Выявлено большое число разводов в поколениях. В группе здоровых, социально адаптированных семей конфликтных ситуаций отмечалось меньше; полные семьи составили 60% от общего числа семей.

Анализ семейных социограмм позволил выявить положение ребенка (в основной или контрольных группах) в системе межличностных отношений и характер коммуникаций в семье, где он воспитывается. Для детей с психосоматическими заболеваниями характерны: заниженная самооценка, симбиотические или конфликтно-симбиотические связи в семьях, где они растут. Для этих детей в большей степени, чем для детей с хроническим гастродуоденитом, были отмечены данные признаки, выражена недифференцированность «Я» у членов семьи. Наиболее частые варианты семейных социограмм в основной группе были графически представлены в двух вариантах.

1. **«Семья-конгломерат»**: все кружки тесно соприкасаются между собой, «слипаясь», реже — наслаиваясь друг на друга. Два кружка, большего размера — родители, а находящийся под ними кружок — ребенок, являющийся идентифицированным пациентом. В том случае, если в семье было более одного ребенка, то себя он рисовал в отдалении и с краю или же включал в единый «конгломерат» (рис. 42).
2. **«Семья-монолит»**: внутри круга, обозначающего семейные границы, находится большой кружок, обведенный жирной линией, иногда заштрихован-

ный, в котором расположены все члены семьи, имеющие слабо дифференцированные границы или не имеющие таковых (рис. 43).

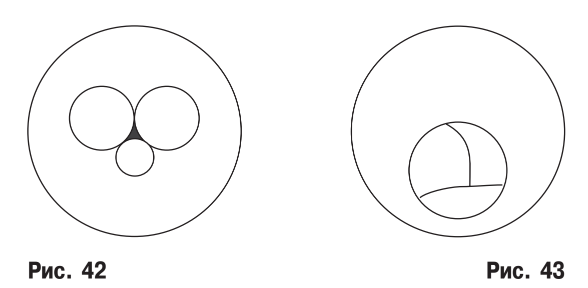


Рис. 42 **Рис. 43**

На основании анамнестических данных выявлено, что первый пик обращаемости к врачу с жалобами на боли в животе у детей с ДЖВП приходится на 4–5 лет, у ряда больных протекает под маской энтеровирусной инфекции. Следующий пик обращаемости с обострением или впервые выявленным заболеванием приходится на 7–8 лет, что, вероятно связано с нормативным стрессором — поступлением в новое социальное учреждение — школу. Дети с психосоматическими заболеваниями (основная и 1-я контрольная группы), по сравнению с не имеющими заболеваний ЖКТ, среди трудных жизненных ситуаций выделяют напряженные отношения с родителями (ставят их на второе место после болезни), у детей со здоровым ЖКТ эта причина по значимости находится на пятом месте. Для детей с психосоматическими заболеваниями характерна *алекситимия*, в разной степени выраженная у всех членов семьи. При этом даются описания не чувств, а действий как внешней характеристики происходящего.

Пример. Андрей Т., 10 лет, ДЖВП с 4 лет. Рассказывает, как подрался с одноклассником.

Психотерапевт. Что ты чувствовал, когда тебя ударил Рома?
Андрей. Я его ударил тоже.
Психотерапевт. Ты его ударил, ты это сделал. А что ты при этом чувствовал?
Андрей. Я чувствовал, что хочу его ударить.

При дальнейшей беседе оказывается, что эмоции «спаяны» в единый блок и отдифференцировать их ребенку крайне затруднительно: «Я чувствовал радость, злость, никого не видел вокруг, я хотел его избить».

В семьях детей со здоровым ЖКТ взрослые и дети (особенно 10–11 лет) лучше дифференцируют эмоции, описывают их.

В ходе анамнестического исследования, метода включенного наблюдения, интервью проводилось исследование *болевого синдрома* детей с ДЖВП. Блокирование отрицательных эмоций между членами дисфункциональной семьи создает ситуацию перенапряжения, вследствие чего у одного из членов семьи формируется симптом, позволяющей семье снизить напряжение и сохранить семейный гомеостаз (Эйдемиллер Э. Г., 2002).

В данном случае симптом — боли в животе — выполнял в семейной системе морфостатическую функцию. Обострение ДЖВП являлось сигналом обратить внимание на ребенка, на время «забыть» ссоры, что в этот период стабилизировало отношения в семье.

Болевой синдром при гиперкинетической форме ДЖВП характеризовался сильными, спастическими приступами, которые купировались инъекциями спазмолитиков. (Метафора: спастические боли при гиперкинетической форме выступают как желание удержать в себе то, что происходит внутри семьи. Сдерживать слишком больно, и возникают спазмы. Удержать желчь — удержать тайну). При атонической форме ДЖВП возникла следующая метафора: «затаиться, затихнуть, не выметать сор из избы, замолчать конфликт».

Во многих семьях детей с ДЖВП существует запрет на высказывание чувств: «У нас в семье это не принято», «Нужно быть сильным, не раскисать, нечего говорить о том, что переживаешь».

Тип семейного воспитания в семьях детей с ДЖВП

В данном исследовании тип семейного воспитания определялся с помощью опросника «Анализ семейных взаимоотношений». Результаты были обработаны по программе SPSS с помощью рангового критерия (Mann–Whitney). Получены достоверные различия по шкалам, которые позволили выявить следующие типы патологизирующего семейного воспитания.

- В **основной группе** для матерей характерным являлся стиль «потворствующая гиперпротекция» ($p < 0{,}01$), а для отцов — «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0{,}05$). Для обоих родителей достоверные различия отмечены по шкале «фобия утраты» ($p < 0{,}001$) — по сравнению со 2-й контрольной группой и «предпочтение детских качеств» ($p < 0{,}01$), а также «расширение сферы родительских чувств» ($p < 0{,}05$) — по сравнению с обеими контрольными группами.
- В **1-й контрольной группе** для матерей характерным являлся стиль «доминирующая гиперпротекция» ($p < 0{,}01$), а для отцов — «повышенная моральная ответственность» ($p < 0{,}05$).
- Во **2-й контрольной группе** наблюдалась тенденция к стилю «потворствующая гиперпротекция», но в большинстве случаев преобладал адекватный, гармоничный стиль семейного воспитания.

Таким образом, выявленные в основной группе типы патологизирующего семейного воспитания «потворствующая гиперпротекция» и «доминирующая гиперпротекция» способствуют формированию и поддержанию симптома в семье. Ребенок с ДЖВП, который находится в центре внимания семьи, становится идентифицированным пациентом и при нарастании семейной тревоги стабилизирует семейный гомеостаз за счет обострения своего заболевания.

Семейная тревога в семьях детей с ДЖВП

Важным показателем семейного благополучия является отсутствие семейной тревоги. В дисфункциональных семьях за счет невысказанных отрицательных эмоций, блокирования потребностей членов семьи нарастают тревожность, вина и напряжение, которые вместе составляют уровень семейной тревоги.

В данном исследовании проводилось определение уровня семейной тревоги в основной и контрольных группах с помощью опросника «Анализ семейной тревоги» (см. приложение 2). Были выявлены значимые различия между семейной тревогой у родителей основной и контрольных групп. Полученные результаты представлены в табл. 16.

Таблица 16

Анализ семейной тревоги в основной и контрольных группах

Шкала	Родители основной группы (n = 51)	Родители 1-й контрольной группы детей с гастродуоденитом (n = 49)	Родители 2-й контрольной группы здоровых детей (n = 49)	p
Вина	2,76 ± 0,121	4,41 ± 0,140	3,41 ± 0,193	< 0,001
Тревожность	5,75 ± 0,115	4,80 ± 0,109	4,16 ± 0,147	< 0,001
Напряженность	5,76 ± 0,87	4,80 ± 0,97	4,67 ± 0,107	< 0,001
Общая семейная тревога	14,27 ± 0,239	14,00 ± 0,272	12,24 ± 0,316	< 0,001

Сравнительный анализ показал, что имеются достоверные **различия** по шкале «вина» между всеми группами (p < 0,001), причем выше показатели вины отмечены в 1-й контрольной группе; по шкале «тревожность» выявлены достоверные различия в уровне семейной тревожности между всеми группами (p < 0,001), причем **выше** данный показатель в основной группе; по шкале «напряженность» отмечены значимые различия между основной и контрольными группами (p < 0,001). Этот показатель был значимо выше в основной группе (p < 0,001). Результаты по обобщенной шкале достоверно различались в основной и 2-й контрольной группах (p < 0,001) и были сопоставимы с результатами 1-й контрольной группы.

Таким образом, для *основной группы* характерна высокая семейная тревога, которая в основном определяется высокими уровнями семейной тревоги и напряженности. *Первая контрольная группа* также отличается высоким уровнем общей семейной тревоги, показатели которой сопоставимы с основной группой, но, в отличие от основной, она определяется повышенными уровнями по всем шкалам. Уровень общей семейной тревоги во *2-й контрольной группе* не превышает нормативных показателей.

Был проведен сравнительный анализ показателей семейной тревоги в семьях детей с психосоматическими заболеваниями (основная и 1-я контрольная группы) и в семьях детей со здоровым ЖКТ. Полученные результаты приведены в табл. 17.

Таблица 17

Анализ семейной тревоги в семьях детей с психосоматическими заболеваниями и семьях детей со здоровым ЖКТ

Шкала	Родители детей основной и 1-й контрольной групп (n = 100)	Родители детей со здоровым ЖКТ (n = 49)	p
Вина	3,57 ± 0,123	3,41 ± 0,193	< 0,001
Тревожность	5,28 ± 0,092	4,16 ± 0,147	< 0,001
Напряженность	5,29 ± 0,081	4,67 ± 0,107	< 0,001
Общая семейная тревога	14,14 ± 0,180	12,24 ± 0,316	< 0,001

Таким образом, для семей детей с психосоматическими заболеваниями характерен повышенный уровень общей семейной тревожности за счет высоких показателей, по сравнению с семьями детей со здоровым ЖКТ, по шкалам «вина» и «тревожность».

В ходе исследования была разработана модель семейной психотерапии, которая была проведена в основной группе. После завершения психотерапии в данной группе получены достоверно значимые различия: отмечалось снижение и нормализация уровня семейной тревоги как по обобщенной шкале, так и по всем шкалам отдельно ($p < 0{,}001$). Полученные результаты были отмечены как у матерей детей ДЖВП, так и у отцов (данные приведены в табл. 18–19).

Таблица 18

Анализ семейной тревоги (АСТ) у матерей детей с ДЖВП до и после психотерапии

Шкала	АСТ до лечения (n = 30)	АСТ после лечения (n = 30)	p
Вина	3,03±0,140	0,93 ± 0,151	<0,001
Тревожность	6,13±0,124	2,93 ±0,106	<0,001
Напряженность	5,97±0,112	2,20±0,101	<0,001
Общая семейная тревога	5,13±0,248	6,07±0,249	<0,001

Таблица 19

Анализ семейной тревоги (АСТ) у отцов детей с ДЖВП до и после психотерапии

Шкала	АСТ до лечения (n=21)	АСТ после лечения (n=21)	p
Вина	2,38±0,189	0,57±0,163	<0,001
Тревожность	5,19±0,148	2,10±0,153	<0,001
Напряженность	5,48±0,112	2,43±0,130	<0,001
Общая семейная тревога	13,05±0,305	5,10±0,238	<0,001

Таким образом, разработанная в данном исследовании модель психотерапии способствует снижению уровня как общей семейной тревоги, так и по отдельным ее шкалам, что является критерием эффективности ее работы.

Модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии в программе комплексного гастроэнтерологического лечения детей с ДЖВП

В настоящее время комплексное лечение гастроэнтерологических заболеваний должно основываться на принципах психосоматической терапии: системности, «клиники терапии», индивидуальности, опосредованности, принципе отношений, принципе среды и гуманизма (Каган В. Е., Исаев Д. Н., 1996).

Основываясь на парадигме системного подхода в медицине и исходя из биопсихосоциальной модели заболевания, проведение семейной психотерапии становится актуальным в системе комплексного лечения многих заболеваний. Необходимость включения семейной психотерапии в комплексное лечение гастроэнтерологических заболеваний обусловлено тем, что дисфункциональные семьи в ряде случаев могут способствовать возникновению психосоматических расстройств. В таких семьях выражена чрезмерная забота о состоянии здоровья членов семьи, ригидность с постоянной тенденцией к сохранению прежнего положения и состояния семьи, запутанность взаимоотношений с вторжением в личностные границы и неясным положением в семье («недифференцированная эго-масса» — Bowen M., 1978), а также неумение разрешать конфликты, зависящие от аномальных взаимодействий и приводящие к неспособности противостоять трудностям (Исаев Д. Н., 2000).

Модель семейной психотерапии детей 8–11 лет, разработанная М. П. Билецкой (2006), основывается на принципах системной семейной психотерапии, теории адаптивного копинг-поведения (Lazarus R., 1986); (Сирота Н. А., 1994); (Сирота Н. А., Ялтонский В. М., 1994); (Эйдемиллер Э. Г., 2002, 2003, 2005). Выбор краткосрочной модели семейной психотерапии при работе с детьми 8–11 лет с ДЖВП был обусловлен следующими **факторами**: необходимостью работы с семьей пациента с целью снижения семейной тревоги и нормализации детско-родительских взаимоотношений; трудностью вовлечения всей семьи в программу комплексного лечения; необходимостью объяснения «психосоматическим» семьям, что проблемы имеются не только у больного ребенка, но и у семьи как системы в целом; необходимостью эмоционального отреагирования боли, своего отношения к болезни, тревоги и страхов больного ребенка, как члена семьи, так и индивидуально, как личности.

Боль в животе при обострении ДЖВП — **симптом, выполняющий морфостатическую функцию.** При этом идентифицированный пациент — ребенок сохраняет гомеостаз семейной системы. Психотерапевт, оказывая лечебное воздействие на семью, изменяет равновесие в семейной системе, подготавливая ее к изменениям. Это может приводить к усилению симптома на первых шагах психотерапии, поэтому необходимо при реализации краткосрочной модели провести ряд сессий с детской и родительской подсистемами отдельно. Это помогает снизить семейную тревогу, возросшую в начале перестройки семейных ролей, а также снизить тревогу и напряженность идентифицированного пациента, который, включаясь в «детскую работу» (адаптивные стратегии совладания), может эмоционально отреагировать свои проблемы.

Обязательным элементом в содержании данной модели семейной психотерапии является преодоление алекситимического барьера, который по результатам исследования имеется в разной степени выраженности у всех членов семьи.

Разработанная «ромбовидная» векторная модель семейной психотерапии детей 8–11 лет с ДЖВП является частью комплексного гастроэнтерологического лечения данного контингента больных и предназначена для специалистов (врачей-психотерапевтов, медицинских психологов). Данная модель может быть реализована в рамках амбулаторного лечения, а также на базе консультационно-диагностических центров или реабилитационных гастроэнтерологических отделений.

В настоящее время предложенная модель была внедрена в практику комплексного гастроэнтерологического лечения детей с ДЖВП на базе психотерапевтического кабинета ДПО № 65, ТМО № 28 Красносельского района г. Санкт-Петербурга.

Модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семенной психотерапии построена, исходя их следующих **принципов:**

1) психосоматическое заболевание (ДЖВП) у ребенка — проблема не идентифицированного пациента, а всей семьи;
2) ориентация на совладание с болезнью, а не на «культ болезни», существующий в семье;
3) преодоление алекситимических барьеров — задача всей семьи;
4) отказ от анализа прошлых ошибок, работа с семьей «здесь и сейчас», направленная на решение проблем, связанных с текущим заболеванием (ДЖВП);
5) четкая дифференцированность внутрисемейной структуры, правильное функционирование подсистем в семье — основа адаптивного совладающего поведения и саногенной роли семьи в лечении ДЖВП;
6) семья воспринимается способной нести ответственность за поведение своих членов и решение своих проблем;
7) интенсивность и кратковременность вмешательства.

Задача состоит не в решении всех проблем в семье, а в создании адаптивного внутрисемейного функционирования в период обострения заболевания. При желании семьи продолжить дальнейшую психотерапию заключается новый психотерапевтический контракт, выходящий за рамки приведенной в работе модели «ромбовидной» векторной семейной психотерапии. Предлагаемая модель рассчитана на 46 часов, состоит из четырех этапов и реализуется в течение 5 месяцев, включая поддерживающий этап. Частота встреч определяется задачами этапа.

Принципы и техники психотерапии, интегрированные в модель краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии: системная семейная психотерапия, семейная арт-терапия, ролевые игры, свободный проективный рассказ, семейная дискуссия, психогимнастические упражнения.

Данная модель семейной психотерапии называется «ромбовидной» векторной, так как предусматривает проведение лечения по направлениям, условно обозначающим ромб (рис. 44): на начальном, первом, этапе проводится психотерапевтическая работа с семьей как с системой. На втором этапе психотерапевтическая работа проводится по направлениям-векторам — с родительской и детской подсистемами отдельно. Данное выделение векторов обусловлено особенностью «психосоматических» семей образовывать «недифференцированную эго-систему» (Bowen M., 1978). В данном исследовании отмечено, что семьи с ребенком, страдающим ДЖВП, находятся в тесной взаимозависимости, отношения носят конфликтно-симбиотический характер, границы между подсистемами либо тесно соприкасаются, «слипаясь» друг с другом («семья-конгломерат»), либо образуют единый слившийся блок («семья-монолит»). С целью снижения напряженности связей во внутрисемейной структуре и реконструкции границ каждой подсистемы было принято решение о проведении ряда психотерапевтических сессий по векторам детской и родительской подсистем. На третьем и четвертом этапах психотерапия проводится с семьей как системой в целом. Содержанием третьего

этапа является реконструкция семейных отношений и выработка адекватного совладающего поведения в период обострения заболевания. Четвертый этап необходим как поддерживающий, итоговый. В ходе него также происходит отсоединение психотерапевта от семьи.

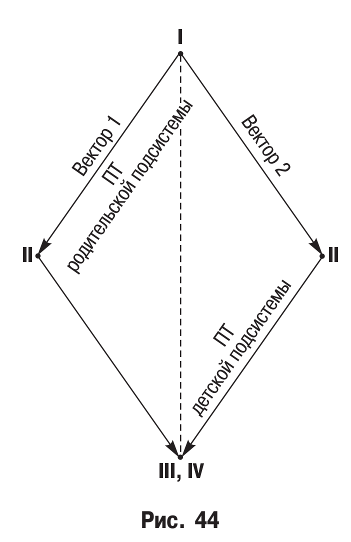


Рис. 44

Рассмотрим подробно цели и задачи каждого этапа и каждой проводимой сессии.

I этап. Подготовительный

Рассчитан на 3 семейные сессии с периодичностью 1 раз в неделю по 2 часа.

Цель: активное вовлечение семьи в работу по программе комплексного гастроэнтерологического лечения ДЖВП у ребенка.

Задачи:

1) присоединение психотерапевта к семейной системе;
2) семейная диагностика;
3) выработка мотивации у членов семьи на участие в семейной психотерапии.

Методы: семейная системная психотерапия.

Сессия 1

Цель: введение семьи в программу комплексного лечения ДЖВП.

Задачи:

1) знакомство, присоединение психотерапевта к семейной системе;
2) цели и ожидания семьи (формулирование первичного психотерапевтического запроса);
3) ознакомление семьи с программой предлагаемой модели психотерапии;
4) диагностика семьи (после данных инструкций родители составляют семейную генограмму, заполняют опросники «Анализ семейных взаимоотношений», «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 1999). Ребенку в это время предлагается ответить на вопросы Шкалы явной тре-

вожности для детей (CMAS), а также нарисовать «Рисунок семьи, где каждый чем-то занят». Остальная диагностика, направленная на выявление характера совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей каждого члена семьи, переносится на следующий этап.

Комментарии: в ходе данной сессии важно усилить мотивацию на дальнейшие семейные сессии. Клиентам предоставляется информация о роли семьи в развитии психосоматических заболеваний у детей. Акцентируется внимание на то, что в каждой семье заложен также саногенный фактор, подчеркивается важность работы именно всей семьи в целом. Для присоединения к семье психотерапевт применяет приемы поддержки, следования, подражания, при необходимости демонстрирует личную причастность к происходящему.

Сессия 2

Цель: заключение психотерапевтического контракта на дальнейшую работу.

Задачи:

1) анализ и обсуждение полученных результатов диагностики и формирование на основании этого мотивации членов семьи на участие их в семейной психотерапии;
2) составление семейного договора между родителями и ребенком, в котором оговариваются условия и правила лечения, обязанности (посещение гастроэнтеролога и психотерапевта, прохождение необходимых лечебно-диагностических процедур и регулярный прием лекарственных препаратов, назначаемых врачом, а также участие в семейной психотерапии, конкретное желаемое поведение, выполнение домашней работы) и ответственность сторон, права, механизмы контроля за выполнением соглашения.

Данный договор заключается на 5 месяцев, и его действие охватывает весь период лечения.

Сессия 3

Цель: осознание членами семьи внутрисемейной напряженности; подготовка к работе на втором этапе по векторам, с родительской и детской подсистемами отдельно.

Задачи:

1) проведение членами семьи техники «Семейная социограмма»;
2) обсуждение полученных результатов, осознание напряженности в слишком тесных взаимосвязях;
3) объяснение особенностей взаимосвязей в «психосоматических» семьях;
4) обоснование перехода к следующему этапу работы с родительской и детской подсистемами отдельно;
5) закрепление мотивации на дальнейшую психотерапевтическую работу.

Этап II. Работа по векторам с родительской и детской подсистемами

Цель: снижение напряженности внутрисемейных связей, снижение личностной тревожности у членов семьи.

Задачи:

1) повышение информированности о проблеме психосоматических заболеваний ЖКТ (в частности, ДЖВП);

2) знакомство с проблемой алекситимии в «психосоматических» семьях и снижение степени ее выраженности у каждого члена семьи;
3) диагностика особенностей совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей каждого члена семьи;
4) снижение уровня личностной тревожности в родительской и особенно в детской подсистемах;
5) осознание членами родительской подсистемы патологизирующей роли существующего воспитания в семье.

Особенностью работы на данном этапе является параллельное проведение психотерапии по двум векторам: родительской и детской подсистем.

Методы и техники: элементы рациональной психотерапии (беседа психотерапевта, разъяснение особенностей психосоматических заболеваний ЖКТ (подробно о ДЖВП); повышение информированности о проблеме алекситимических барьеров); клинико-психологический метод (диагностика совладающего поведения и индивидуально-психологических особенностей членов семьи; техника свободного проективного рассказа; арт-терапия; психогимнастические упражнения. Второй этап рассчитан на 28 часов, работа ведется параллельно, по двум векторам: 16 часов (8 сессий по 2 часа) в родительской подсистеме и 12 часов (8 сессий по 1,5 часа) в детской подсистеме. Регулярность встреч — 2 раза в неделю.

Вектор 1. Психотерапия в родительской подсистеме

Сессия 1

Цель: осознание влияния патологизирующего типа семейного воспитания на обострение ДЖВП у ребенка.

Задачи:

1) преодоление информационного дефицита: беседа об особенностях «психосоматических» семей и клинических форм ДЖВП;
2) обсуждение особенностей семейного функционирования, семейных правил и ролей;
3) осознание родителями патологизирующей роли существующего семейного воспитания и разработка адекватных приемов внутрисемейного взаимодействия.

Сессия 2–3

Цель: выявление алекситимических барьеров в родительской подсистеме и снижение их выраженности.

Задачи:

1) ознакомление родителей с проблемой алекситимии, существующей в семье психосоматического больного;
2) работа с семейными правилами, запрещающими выражение эмоций, эмоциональное отреагирование проблем;
3) распознавание и дифференцирование эмоционального состояния как собственного, так и членов семьи. Для решения третьей задачи предлагаются следующее психогимнастическое упражнение «Передайте эмоцию»: жестом, движением, цветом.

4) развитие способности к эмоциональному взаимодействию, повышение эмоциональной чувствительности, адекватность отражения и выражения собственных переживаний и чувств.

Сессия 4

Цель: выработка новых способов реагирования в родительской подсистеме на болезнь ребенка.

Задачи:

1) обсуждение проблемы «идентифицированный пациент в семье»;
2) анализ ситуации, при которой обострилось заболевание. Соотнесение ситуации с нестабильностью семейной системы, накопившей негативные эмоциональные переживания;
3) рассмотрение болей в животе при обострении как проявления морфостатической функции «симптома в семье»;
4) анализ реагирования родительской подсистемы на возникновение симптома, выработка новых, адекватных способов реагирования.

Сессия 5

Цель: выявление и анализ индивидуально-психологической проблематики взрослых членов семьи и особенностей их совладающего поведения.

Задачи:

1) диагностика особенностей психологических защитных механизмов по опроснику «Индекс жизненного стиля»;
2) диагностика особенностей копинг-поведения взрослых членов семьи по опроснику Р. Лазаруса;
3) выявление личностных особенностей взрослых членов семьи по результатам Гиссенского теста;
4) анализ полученных результатов, осознание личностных проблем и обсуждение конструктивности применяемого совладающего поведения.

Сессия 6

Цель: поиск семейных ресурсов и создание на их основе новых типов реагирования на семейные трудности.

Задачи:

1) преодоление ригидных дезадаптивных стереотипов поведения в семье;
2) формирование адекватного стиля поведения и эмоционального реагирования, расширение диапазона поведенческих реакций в разных ситуациях. Обучение конструктивным методам совладания в конфликтных ситуациях;
3) поиск семейных ресурсов и выработка навыков адаптивного совладающего поведения у родителей на основе выявленных ресурсов.

Сессия 7–8

Цель: повышение родительской компетентности в разрешении семейных трудностей, снижение семейной тревоги и установление адекватных детско-родительских взаимоотношений.

Задачи:

1) обсуждение того, что даже незначительное воздействие со стороны всей семьи в поддержку психотерапевта существенно повышает эффективность психотерапии;
2) необходимость актуализации семейных ресурсов при обострении ДЖВП у ребенка;
3) принятие ответственности за функционирование семейной системы;
4) оптимизация семейных коммуникаций;
5) обсуждение с родителями основных направлений работы по вектору детской подсистемы и мотивация на дальнейшую работу семьи как системы в целом.

Вектор 2. Психотерапия детской подсистемы

Сессия 1

Цель: выявление особенностей совладающего поведения в детской подсистеме семьи.

Задачи:

1) определение основных стратегий совладания, которые используются младшими школьниками;
2) обсуждение, какие из выбранных стратегий помогают справляться с неприятными жизненными ситуациями;
3) выполнение рисунка трудной (неприятной) жизненной ситуации. Проведение пострисуночного опроса и анализ сделанного рисунка;
4) положительное подкрепление адаптивных стратегий совладания, выявление и проработка.

Сессия 2

Цель: диагностика внутрисемейных отношений с точки зрения детской подсистемы и снижение семейной тревоги.

Задачи:

1) выполнение рисунка семьи в виде животных, пострисуночный опрос;
2) анализ полученных результатов, отреагирование эмоционального напряжения, возникшего во время рисунка и рассказа о семье;
3) создание ребенком свободного проективного рассказа по теме: «Как семья животных должна измениться, чтобы всем стало лучше?»;
4) анализ рассказа и положительное подкрепление психотерапевтом конструктивных способов отреагирования.

Сессия 3–4

Цель: выявление алекситимических барьеров в детской подсистеме и снижение их выраженности.

Задачи:

1) выявление алекситимии, степени ее выраженности у ребенка с ДЖВП и его сиблингов (если в семье двое или более детей);
2) преодоление иррациональных установок в семье на запрет отреагирования эмоций;

3) научение ребенка не сдерживать свое эмоциональное напряжение, выработка умений отреагировать его конструктивными способами;
4) преодоление алекситимических блоков. Для решения этой задачи в течение двух сессий дети выполняют психогимнастические упражнения:
   - «передай эмоцию жестом»;
   - проигрывание разных эмоциональных состояний;
   - соотнесение с цветом («Раскрась свою эмоцию»);
   - дифференцировка по интенсивности, силе выраженности («С помощью игрушки с пищалкой покажи, насколько она сильная»).

Сессия 5

Цель: выявление и анализ индивидуально-психологической проблематики в детской подсистеме.

Задачи:

1) выявление личностных особенностей младшего школьника с ДЖВП с помощью детского варианта многофакторного личностного вопросника Р. Кеттелла; анализ полученных результатов;
2) беседа с ребенком, положительное подкрепление тех личностных особенностей, на которых базируются адаптивные, конструктивные стратегии совладания;
3) для успешного отреагирования страхов и снижения уровня личностной тревожности ребенку предлагается на выбор: а) составить рассказ на тему «Я боюсь...»; б) придумать страшную историю (киносценарий).

Комментарии: как правило, дети наиболее охотно соглашались со вторым заданием. Созданные ими истории отражали в полной мере проблематику актуальных переживаний и позволяли отреагировать накопившееся внутреннее напряжение.

Данный прием позволяет провести диагностику актуальных переживаний ребенка, помогает ему отреагировать сильное эмоциональное напряжение, а также значительно снизить личностную тревожность.

Сессия 6

Цель: отреагирование эмоционального напряжения и снижение тревоги, связанной с наличием болевого синдрома в структуре ДЖВП.

Задачи:

1) беседа психотерапевта с ребенком об особенностях переживаний болевого синдрома («Боль в животе, какая она?», «На что она похожа?», «Какой ты, когда у тебя болит живот?»);
2) создание проективного рисунка на тему «Болит живот»;
3) эмоциональное отреагирование нарисованного, проговаривание своего состояния, попытка дифференцировать эмоции. Эмоциональное состояние предлагается изобразить с помощью уже усвоенных приемов: с помощью движения, цвета, звука;
4) выявление психотерапевтом связи: боли в животе — симптом в семье. Выработка адаптивных стратегий совладания при обострении ДЖВП.

Комментарии: болевой синдром при ДЖВП отличается полиморфизмом. В зависимости от клинической формы ДЖВП, а также от личностных особенностей ребенка были получены ответы: «Не знаю, болит живот, и все, мне очень плохо». Чаще дети эмоционально реагировали на предложенные вопросы, ярко, образно характеризовали болевые ощущения: «В моем животе сидит чертик. Он колет меня изнутри, это очень больно», «Здесь идет настоящее сражение: рвутся снаряды, кругом взрывы и боль». В других рисунках преобладали эмоциональные переживания.

Пример: Марина Т., 8 лет, нарисовала плачущую девочку и прокомментировала так: «Рисунок называется “Грусть”. У нее болит живот».

Затруднения в выполнении задания вызывали не до конца преодоленные алекситимические барьеры. Данные задания позволили вернуться к этой проблеме и отреагировать эмоциональные блоки, связанные с болевым синдромом.

Сессия 7–8

Цель: формирование адаптивного совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях на основе выявленных личностных ресурсов.

Задачи:

1) анализ неприятных, трудных семейных или школьных ситуаций на основе рассказа или рисунка ребенка. Данные ситуации должны быть актуальны, то есть происходить накануне или в день занятия;
2) эмоциональное отреагирование напряжения, возникающего в связи с данной ситуацией;
3) выявление конструктивных единичных копинг-стратегий или диад, на основе которых создается гибкая система совладающего поведения, адаптивные комплексы копинг-стратегий;
4) подведение итогов работы по вектору детской подсистемы и мотивация на дальнейшую работу в семье как в системе в целом.

Этап III. Реконструкция семьи как системы в целом

Рассчитан на 4 семейные сессии: 1 раз в неделю по 2 часа.

Цель: реконструкция внутрисемейных отношений и закрепление адаптивных стратегий совладания с трудными ситуациями в семье.

Задачи:

1) реконструкция границ в семейных подсистемах;
2) профилактика ситуаций, провоцирующих конфликт в семье;
3) преодоление алекситимических блоков в семье;
4) совладание с конфликтными ситуациями с помощью семейного психотерапевта;
5) проигрывание возникающих напряженных ситуаций, закрепление адаптивного семейного функционирования.

Методы: семейная системная психотерапия, семейная арт-терапия.

Данный этап включает 4 семейные сессии, продолжительностью по 2 часа. Частота встреч — 1 раз в неделю.

Сессия 1

Цель: реконструкция границ в семейных подсистемах.

Задачи:

1) с помощью психоскульптурирования оценить, какие были границы между подсистемами и какими они стали сейчас;
2) обсуждение эмоционального состояния каждого члена семьи при создании «психоскульптур»;
3) анализ мыслей, чувств и поступков, возникающих «здесь и сейчас»;
4) проигрывание семейных ролей. Ролевая игра «Соблюдение диеты». Проигрывание в семье проблем, связанных с установлением диеты: детям с хроническими заболеваниями ЖКТ нельзя жевать жевательную резинку, есть чипсы, пить кока-колу. Проводится инверсия ролей: ребенок выступает в роли родителя, запрещающего есть все, что перечислено выше, а родитель — в роли ребенка, которому это запрещено. Далее следует обмен чувствами, отреагирование эмоций.

Комментарии: тема, выбранная для проигрывания семейных ролей, является актуальной, так как по результатам исследований выявлено активное использование копинг-стратегии «ем или пью» детьми основной (49,0%) и 1-й контрольной (43,1%) групп. Дети с психосоматическими заболеваниями ЖКТ в трудных жизненных ситуациях склонны «заедать» проблему. Конфликт возникает, когда вводятся жесткие ограничения в питании в момент обострения заболевания.

Сессия 2

Цель: преодоление алекситимических блоков в семье как системе в целом.

Задачи:

1) обсуждение проблемы алекситимии, существующей в «психосоматических» семьях;
2) обмен опытом в преодолении алекситимических блоков, приобретенным во время работы по векторам родительской и детской подсистем;
3) совместное выполнение психогимнастических техник, направленных на преодоление алекситимических блоков:
   - передача эмоции жестом;
   - передача эмоции цветом;
   - передача силы эмоции звуком.

Упражнения выполняются всеми членами семьи. Вербализация изображаемых эмоций; совместное обсуждение выполненных заданий.

Комментарии: в ходе данной сессии происходит интегрирование опыта, полученного в работе по векторам. Эта интеграция способствует улучшению внутрисемейного функционирования и преодолению алекситимических блоков — общей проблемы «психосоматических» семей.

Сессия 3

Цель: преодоление эмоциональных барьеров в семье и снижение семейной тревоги.

Задачи:

1) акцентирование важности эмоциональных контактов в семье. Закрепление новых способов семейного функционирования в ситуации «здесь и сейчас»;

2) проведение семейной арт-терапии с помощью техники «Совместные каракули» (Kwiatkowska, 1976); совместное обсуждение рисунка;
3) анализ психотерапевтом внутрисемейных коммуникаций при выполнении рисунка, закрепление адаптивных коммуникаций.

Комментарии: при проведении семейной арт-терапии члены семьи вовлекаются в экспрессивную деятельность все вместе. В процессе создания рисунка ослабляются защиты и контроль Супер-эго. Символические образы помогают прояснить проблемы внутрисемейных коммуникаций и отреагировать возникающее при этом эмоциональное напряжение.

Сессия 4

Цель: формирование адаптивного совладающего поведения в семьях детей с ДЖВП.

Задачи:

1) осознание типичного поведения членов семьи в момент обострения заболевания. Ролевая игра «Болит живот»;
2) осознание дезадаптивных и конструктивных приемов в ситуации обострения заболевания. Выявление причин дезадаптивных стереотипов поведения;
3) представление болевого синдрома и реакции семьи на него в виде семейной метафоры. Работа с метафорическим образом;
4) осознание возможностей семьи в лечении и профилактике обострений ДЖВП;
5) осознание возможности изменения семейного функционирования и желаемое направление этих изменений. Проведение психогимнастической техники «Скульптура идеальной семьи».

Комментарии: при обсуждении важно:

- обратить внимание на возможности семьи в лечении и профилактике ДЖВП;
- указать на возможности изменений и личностного роста каждого члена семьи, а также семьи как системы в целом;
- подчеркнуть важность следования принципам идеальной семьи для оптимизации семейного функционирования.

Этап IV. Поддерживающий

Цель: поддержание адаптивного семейного функционирования для лечения и профилактики ДЖВП.

Задачи:

1) закрепление сформированного адаптивного совладающего поведения в семье ребенка с ДЖВП;
2) проработка оставшихся алекситимических блоков;
3) домашние задания (даются для закрепления созданных новых систем внутрисемейных коммуникаций);
4) подведение итогов проводимой психотерапии, достижения сформированных целей и задач, соблюдение оговоренного контракта, проведение «экологической проверки»: техника совместного рисования «Моя семья счастлива», обсуждение результатов.

Методы: семейная системная психотерапия.

Данный этап рассчитан на 2 сессии продолжительностью по 2 часа, частота встреч — 1 раз в месяц.

Комментарии: данный этап необходим для закрепления и поддержания адаптивных стратегий совладания в семье, сформированных при реализации предложенной модели психотерапии. На данном этапе происходит осознание каждым членом своего места в семье и места семьи в собственной жизни, осознание необходимости собственных действий для личностного роста и развития семьи как гармоничной системы.

Домашние задания являются приемом, позволяющим семье начать отделение от семейного психотерапевта и самостоятельно устанавливать конструктивные внутрисемейные коммуникации.

Оценка эффективности

Оценка эффективности применения краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии в комплексном гастроэнтерологическом лечении детей 8–11 лет с ДЖВП проводилась с помощью опросника «Анализ семейной тревоги» (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В., 1999). Анализ полученных данных сравнивался с исходными данными.

Обработка полученных результатов проводилась по программе SPSS с помощью сравнения средних групповых значений по критерию Стьюдента. Были получены значимые различия по всем шкалам ($p < 0{,}001$). Приведенные данные проиллюстрированы в приложении 12, рис. 16.

Таким образом, получены достоверные данные о снижении общей семейной тревоги в результате проведенной краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии.

Завершением «экологической проверки» данной модели явилось проведение катамнестического исследования: 21 семья (70%), явившись на назначенную встречу с семейным психотерапевтом через 6 месяцев после окончания лечения, отмечает улучшение взаимопонимания между членами семьи, уменьшение количества конфликтов, степени их выраженности, преобладание конструктивных решений проблемных ситуаций (табл. 20).

Таблица 20

Оценка эффективности модели краткосрочной «ромбовидной» векторной семейной психотерапии

Участие в данной модели психотерапии	Да	Нет	p
	30 семей	30 семей	
Опрошено абсолютное число (%)	21 семья (70%)	23 семьи (76,6%)	
Ремиссия ДЖВП, процент от опрошенных	80%	45%	<0,001
Рецидив ДЖВП, процент от опрошенных	20%	55%	<0,001

Таким образом, у 80% детей, прошедших катамнестическое исследование, отмечается стойкая ремиссия в протекании ДЖВП, у остальных 20% — снижение выраженности болевого синдрома и большая продолжительность ремиссии, что может свидетельствовать об эффективности проведенного лечения.

Семейная психотерапия при шизофрении

Салливан предложил свой подход, отличный от подхода традиционного психоанализа, к пониманию природы психических заболеваний — «интерперсонологический» (Sullivan H. S., 1946, 1953, 1956). По его мнению, шизофрения у детей является непосредственным проявлением патологических взаимоотношений между детьми и их родителями (родители, по определению автора, — это «значимые взрослые»). Неправильные интерперсональные отношения в системе «значимые взрослые — ребенок» препятствуют установлению примирительной формы реагирования, вызывают у ребенка чувство тревоги (т. е. нарушается нормальное развитие того, что Салливан называет «системой-Я»). Больной приходит к нарушенному толкованию интерперсональных отношений («паратаксическое нарушение») и в конце концов может утратить способность к «согласованным утверждениям» — способность убеждать других в обоснованности собственных намерений. Когда тревога усиливается и развивается состояние психотической паники, ранний жизненный опыт, отделившийся от сознания и ставший частью того, что Салливан называет «не-Я», возвращается в сознание в виде символов (психотических симптомов), еще более пугая больного.

Основные положения традиционного психоанализа, взгляды Салливана (Sullivan, 1953) и близкие к ним идеи Мартина Бубера (Buber M., 1953), а также положения теории «символического интеракционизма» социального психолога Дж. Мида (Mead G., 1934) явились отправной точкой для С. Ариети, по мнению которого, нормальное развитие новорожденного гарантируется двумя основными состояниями: удовлетворения потребности и чувства безопасности (Arieti S., 1955, 1959). Приученный к тому, что взрослые делают только приятное, ребенок начинает доверять взрослым. Постепенно между родителями — «значимыми взрослыми» — и ребенком устанавливается взаимное доверие (в частности, взаимное доверие матери и ребенка), ребенок усваивает доверие взрослых и начинает верить себе («отраженное утверждение» по Салливану). Эта атмосфера — сначала «удовлетворение», затем «безопасность» — облегчает проникновение в ребенка символического мира других людей: отношений, чувств, значений исходящих от матери слов. Мартин Бубер ввел понятия «Я — Ты», соответствующие терминам Салливана «Мне — Тебе», что значит, что без окружающих и доверия к ним не может быть развития «Я» (не может быть «Я» без «Ты») (Buber M., 1953). У будущего больного шизофренией семейная атмосфера такова, что процесс развития «Я» искажается с первых моментов жизни. Состояние удовлетворения и безопасности заменяется ситуацией напряжения и тревоги. Во многих случаях ребенок лишен удовлетворения своих потребностей (эмоциональная депривация) и чувства безопасности. «Ты» в семье «шизофреника» является носителем угрозы и тревоги. Так закладывается шизофреническое расщепление (постоянно проявляющееся неполное принятие «Ты» или социального «Я»). Это «Ты» имеет тенденцию оставаться неинтегрированным или диссоциированным, легко воплощающимся под воздействием стрессовых нагрузок в формы проекции и галлюцинации. Трудности в восприятии «Ты» проявляются у детей в аутизме. Неприятные образы окружающей действительности подавляются сознанием, но всегда с трудом и непрочно. Плохие образы, часто связанные с матерью, приобретая символические формы, всплывают в сознании. Образ собственного «Я» у больного шизофренией

также лишен определенности из-за того, что больной чувствует себя отвергнутым обоими родителями и не может отождествить себя с кем-либо из них. Родители, замечая трудности ребенка, порождают вторичную тревогу, усугубляющую его болезненное состояние. Основными недостатками концепции Салливана — Ариети является схематизм и игнорирование биологических основ психических болезней.

Близкой к позиции Салливана является концепция К. Хорни и ее последователей (Horney K., 1945; 1952; Scheiner S., 1957; Rubins J., 1967, 1968; Kilpatrick E., 1968), хотя она и отличается от нее большей широтой подхода, привлечением внимания к различным биологическим факторам (теоретическое допущение роли конституциональных предрасположений). Эта концепция базируется на четырех принципах: холистическом, функциональном, динамическом и личностном.

Холистический принцип сводится к тому, что личность в своей интегральной целостности рассматривается как действующая в определенной среде и под воздействием всех внешних и внутренних факторов, влиявших и влияющих на нее.

Функциональный принцип рассматривает личность как сумму сформировавшихся привычек, поведенческих стереотипов, биологических и социальных потребностей, отношений к себе и окружающим, самооценок и других факторов.

Динамический принцип подразумевает, что каждый из вышеупомянутых элементов представляет собой силу, рожденную человеком и действующую на человека, вызывая ответные реакции, требуя либо действия, либо бездействия.

Личностный принцип — это универсальность и неповторимость бытия каждого больного. Определенные нарушения, в том числе конституциональные, межличностной сферы (например, в родительской семье) в сочетании с внутренней предрасположенностью порождают либо невротические, либо защитные реакции. Аутизм у больных шизофренией есть результат холодного отношения родителей к ребенку (Kilpatrick E., 1968). Дезорганизованность семейной среды, противоречивость в коммуникациях ее членов затрудняют у детей с наличием определенной предрасположенности к шизофрении способность интегрировать составные элементы своего внутреннего мира и адекватное реагирование психики на импульсы окружающей среды, что сопровождается нарастающей паникой и смятением (Scheiner S., 1957). Теоретическое допущение роли некоторых биологических факторов в патогенезе психических расстройств, в частности шизофрении, делает данную концепцию более соответствующей нуждам клинической психиатрии, но в то же время к ней приложимы те же теоретические и методологические возражения, что и к концепции Салливана—Ариети. Признание единого патогенеза как для психозов, так и для болезненных изменений личности (неврозов, аффективных реакций, психопатий и психопатических развитий), идущее от традиционного психоанализа З. Фрейда, прослеживается в концепциях и Салливана—Ариети, и Хорни. Справедливая критика этой теоретический ошибки была дана В. М. Морозовым (1961).

Работы З. Фрейда, А. Мейера, Х. Салливана, К. Хорни и С. Ариети, считающиеся в англо-американской психиатрии классическими, дали теоретический базис для многочисленных конкретных исследований семей психически больных. Эти исследования, обнаружившие многие ценные факты, в свою очередь вели далеко не всегда к убедительным теоретическим обобщениям. С другой стороны, конкретные исследования семей психически больных явились результатом осмыс-

ления тех данных, которые были накоплены с 30-х по 50-е гг. XX в. Именно в этот период появились исследования семейного окружения лиц, страдающих алкоголизмом, преступников, психопатов, больных различными психозами (Spiegel J. P., Bell N. W., 1959). Исследовались личностные особенности родителей, типы их взаимоотношений, причем поведению родителей в семье и их взаимодействию придавалось гиперболизированное значение универсального и почти единственного этиологического фактора в возникновении шизофрении (Kasanin J., Knight E. & Sage P., 1984; Fromm-Reichmann F., 1948, 1950, 1954; Tietze T., 1949).

Были введены понятия «шизофреногенная мать» (F. Fromm-Reichmann, 1948) и «шизофреногенный отец» (Tietze T., 1949; Lidz T., Parker B. & Cornelison A., 1959).

Обследование матерей, дети которых впоследствии заболевали шизофренией, выявляло у многих из них такие черты, как поверхностность, неуверенность, ригидность и стремление к доминированию (Fromm-Reichmann F., 1948; Tietze T., 1949). С. Ариети приводит характеристики матери больного шизофренией (с чем были согласны многие американские психиатры): сверхпокровительственная, враждебная, сверхтревожная, отвергающая, холодная, сдержанная (Arieti S., 1959). Он считал, что в большинстве случаев мать будущего больного шизофренией либо занимала чрезвычайно отвергающую позицию в отношении своего ребенка, либо окружала его излишней тревогой (Arieti S., 1957). Об отцах, дети которых страдали шизофренией, было высказано суждение, что они отличались заботливостью и склонностью проводить все свободное время в пределах семьи, но были очень пассивны и оказывались совершенно неспособными вмешиваться в отношения матери и воспитываемого ею (таким образом, принадлежащего только ей) ребенка (Tietze T., 1949). С. Рейчард и К. Тилман, описывая «шизофреногенного отца», наоборот, подчеркивали такие личностные черты, как стремление к командованию, садизм по отношению к ребенку, что считалось компенсацией внутренней слабости и неуверенности (Reichard S. & Tillman C., 1950). Жена такого мужа отличалась, наоборот, пассивностью, зависимостью.

Наиболее полно особенности взаимоотношений в семьях больных шизофренией отражены в исследованиях Т. Лидса и его сотрудников, которые проводились в психиатрической клинике Йельского университета. Семья, в которой формировалась личность будущего больного, отличалась тем, что родители не были способны дополнять друг друга и помогать друг другу. В такой семье отсутствовали способность принять общее решение, единство взглядов, взаимное доверие. Для «шизофреногенных семей» оказались характерными соперничество родителей, постоянные угрозы развода и привлечение ребенка на свою сторону в семейных конфликтах. Семья, как правило, распадалась на две враждующие фракции («супружеское расщепление»).

Другая ситуация, часто наблюдаемая в семьях больных шизофренией, о которой ранее упоминал Ариети (Arieti S., 1955), была обозначена Лидсом как «супружеский перекос» — комбинация властной, враждебной матери, которая подавляет потребность ребенка в самоутверждении, и зависимого, слабого, пассивного отца. Несколько реже встречалась противоположная ситуация: муж-тиран и зависимая от него слабохарактерная жена, неспособная, в силу своей несвободы, дать достаточно любви своему ребенку. Во всех вышеперечисленных работах преморбидная личность больного шизофренией расценивалась как шизоидная,

что коррелировало с гиперпротекционистским типом воспитания, подавлением, эмоциональной депривацией. Механизмом «шизофреногенного» влияния семьи на ребенка, гиперпротекций в сочетании с отверганием объясняются такие нарушения сексуальной активности больных шизофренией, как гомосексуализм и инцест (Arieti S., 1959; Wahl Ch. W., 1960). По мнению Бейтсона и его соавторов (Bateson G., Jackson D. D., Haley J. & Weakland J., 1956, 1958), основным механизмом, приводящим к развитию шизофренического типа реакции, было наличие «двойной связи» в коммуникациях больного с членами семьи.

Большой интерес представляет исследование семей, в которых воспитывались будущие больные шизофренией, параллельно с наблюдением за контрольной группой здоровых лиц и их семейного окружения (Prout C. T., White M. A., 1951; Mark J. C., 1953). Подчеркивалось, что в семьях здоровых лиц матери отличались критическим восприятием действительности, реже наблюдалось чрезмерно контролирующее гиперпротективное воспитание детей.

Новый этап исследования семей больных шизофренией, начиная с 60-х гг., характеризовался постепенным отказом от взгляда на семейную среду как на единственный этиологический агент и привлечением данных клинико-генетических, биохимических и эпидемиологических исследований, которые проводились на более значительных контингентах больных и обязательно в сравнении с контрольной группой здоровых лиц, с привлечением статистических методов обработки полученных результатов (Alanen Y. O., 1960, 1967; Arajarvi T., Alanen Y. O. & Viitamaki R. O., 1964; Медник С. А., 1967, 1968; Rosenthal D., 1968; Аланен И. О., 1971; Kety S. S., Rosenthal D. et al., 1971; Розенталь Д., 1971). Была сформулирована «полигенная теория» шизофрении (Аланен И. О., 1971), объясняющая шизоидные особенности личности больного шизофренией, аутистические установки и продуктивную психопатологическую продукцию сложным взаимодействием генетических и социокультурных факторов, включая семейные. Аналогичной точки зрения придерживаются М. Блейлер и С. Ариети (Bleuler M., 1973; Arieti B. S., 1974). По-прежнему семья, в которой воспитывался будущий больной шизофренией, характеризуется как замкнутая микрогруппа, членов которой отличают холодность, ригидность, дезинтегрированность отношений, маскируемая псевдосолидарностью, жестким распределением ролей и неудачным взаимодополнением (Wynne L. C. et al., 1967). Но в то же время «псевдосолидарные» отношения внутри семьи считаются вторичным фактором, выявляющим, провоцирующим и модифицирующим конституциональные предрасположения к шизофрении (Wieck Ch., 1965; Dunham H. W., 1971). Х. Хайнер и С. Тросторф обнаружили и у больных шизофренией, и у их родственников тяжелые личностные нарушения — от невротических и психопатических до расстройств шизофренического спектра (Hainer H., 1972; Trostorff S., 1973). Шизоидная личность, воспитывавшаяся в условиях аффективной депривации при стрессовых нагрузках, какими являются начало обучения в школе, половые метаморфозы, начало трудовой деятельности, за счет низкого порога возбуждения и генерализации ответных реакций дает сильные аффекты тревоги и параноидное восприятие окружающего мира (Медник С. А., 1968; Аланен И. О., 1971). Исследователи обнаружили, что родители, как правило, последними узнают о развитии психического заболевания у ребенка, а их ирреальные толкования первых симптомов психоза и их ответные реакции способствуют еще большему отходу больного от окружающей

действительности (Feldes D., Bach O., 1970; Sakamoto Y., Yokoyama K., 1967; Sakamoto Y., 1969).

Наконец, следует упомянуть ряд исследований, в которых даются описания специфических взаимоотношений в семьях больных шизофренией, но считается, что они не имеют решающего значения (особенно по сравнению с генетической предрасположенностью) и даже возможность патопластического участия семьи в формировании шизофренической симптоматики трактуется с большой осторожностью (Kaplan H. I., Sadock B. J., 1971; Diebold K., 1972; Karlsson J. L., 1974). Обстоятельное исследование с применением статистических методов обработки результатов не выявило существенных различий некоторых параметров межличностного взаимодействия в семьях больных шизофренией и в семьях нормальных детей (Waxler N. E., Mischler E. G., 1971). Критической позиции по отношению к ведущей роли семейных отношений в генезе шизофрении придерживается К. Н. Куперник (1972).

На ранних этапах развития психиатрии в нашей стране внимание ученых мало привлекали социопсихологические аспекты эндогенных психозов. Из немногочисленных исследований, выполненных в 20–30-е гг., следует упомянуть работу, которая проводилась коллективом автором по инициативе сподвижника В. М. Бехтерева доктора Н. Я. Смелова (Сокольская С. А., Гринштейн Ф. И., Мошинская В., 1929). В этой работе, в частности, были рассмотрены некоторые условия семейной жизни больного шизофренией в качестве фактора, компенсирующего и декомпенсирующего течение болезни. В статье М. П. Кутанина о психогенезе шизофренических заболеваний (1935) обсуждалась возможность применения некоторых положений концепций З. Фрейда.

В исследованиях, посвященных влиянию психогенных факторов на течение шизофрении (Гиляровский В. А., 1954; Кудрявцева В. П., 1959; Шумаков В. М., 1966; Абаскулиев А. А., 1967; Канторович Н. В., 1967; Морозов Г. В., 1975), не удалось обнаружить сведений о роли семейных взаимоотношений и конфликтов в этиопатогенезе шизофрении. Среди прочих психотравмирующих факторов упоминались лишь такие тяжелые моменты биографии больного, как смерть близких, развод родителей, супружеская неверность, тяжелое заболевание ребенка. Подчеркивается относительная редкость развития шизофрении после психогений.

Наиболее плодотворными и многообещающими для построения стройной биологической концепции шизофрении оказались клинико-генетические обследования родителей, сиблингов и отдаленных родственников пробанда, страдающего шизофренией (Галачьян А. Г., 1937; Лившиц Е. Я., 1964; Сиряченко Т. М., 1966; Видманова Л. Н. и соавт., 1966; Крауле И. В., 1969; Башина В. М., 1970; Головань Л. И., 1970; Снежневский А. В., 1972; Шендерова В. Л., 1972; Шахматова И. В., 1972; Москаленко В. Д., 1972). Как у самого пробанда, так и у его ближайших родственников обнаружены аномалии характера, относящиеся к шизоидному типу. Родители пробанда характеризуются замкнутостью, необщительностью, эмоциональной холодностью, низкой вовлекаемостью в общественные мероприятия, педантичностью и профессиональной односторонней активностью (Видманова Л. Н. и соавт., 1966; Шендерова В. Л., 1972). Авторами делаются выводы о том, что личностные аномалии шизоидного типа и психозы родственников находятся в генетической связи с психическим заболеванием пробанда («шизофренический спектр»). Вопрос психологического влияния личностных особенностей родите-

лей на формирование личности пробанда рассматривался лишь в самом общем виде и ему придавалось меньшее значение.

Л. Н. Видманова, Ю. И. Полищук, В. Л. Шендерова, И. В. Шахматова-Павлова (1966) приводят интересное описание взаимоотношений больного шизофренией и его матери, указывая, что «некоторые матери проявляют почти сверхценное отношение к заболеванию детей одновременно с недостаточным пониманием тяжести психического страдания и оптимистическим отношением к будущему. Такие матери весьма назойливы, предлагают свои приемы и средства лечения, высказывают поразительно наивные, не соответствующие общему уровню их развития объяснения болезненных расстройств».

В отличие от психодинамической психиатрии исследования преморбидных особенностей личности больных шизофренией в отечественной психиатрии проводятся в основном с биологических позиций. При этом особенностям воспитания, непосредственному влиянию личностных особенностей и поведения родителей придается гораздо меньшее значение или эти факторы не рассматриваются вовсе.

В преморбиде больных параноидной формой шизофрении обнаружены сенситивные, астенические, шизоидные черты (Елгазина Л. М., 1958; Гиссен Л. Л., 1965).

На явления инфантилизма психики у детей и подростков, страдающих шизофренией, указывали Г. Е. Сухарева (1937), Т. П. Симсон и В. П. Кудрявцева (1959), В. Я. Плуде (1968). И. А. Шашкова (1970), Л. Г. Пекунова (1974) также обнаружили преимущественно шизоидные черты в преморбиде больных, причем в ряде случаев было трудно решить, являются шизоидные черты характера результатом процессуальных негативных расстройств или они конституционально обусловлены. Исследования О. П. Юрьевой (1970) и М. Ш. Вроно (1972) позволили этим авторам считать, что конституциональные личностные особенности и собственно симптоматика шизофрении представляют собой единый, генетически связанный непрерывный ряд (*continuum*) состояний в течении шизофренического процесса.

Большое теоретическое значение для развития, обоснования и широкого применения в психиатрии методов прикладной социологии и психологии имела работа О. В. Кербикова «Микросоциология, конкретно-социологическое исследование и психиатрия» (1965). Автор, полемизируя с В. М. Морозовым (1964), доказывал необходимость различения спорных концептуальных и методологических направлений в зарубежной психологии и социологии от конкретных, специальных методов исследования. «Нет сомнений в том, что генез психических болезней во многом социальный...», — писал в этой статье О. В. Кербиков.

Е. С. Авербух (1966) и А. Д. Зубарашвили (1973) подчеркивали значение семейного психологического климата в генезе и проявлениях шизофрении, отмечали влияние личностных особенностей родителей на воспитание детей и на формирование аутистических особенностей их психики. «Симптоматика шизофренического процесса отражает как собственно церебральную патологию, так и вторичные личностные реакции — “специфические и неспецифические” — такова основная идея работы Е. С. Авербуха (1966). Более решительно в пользу психогенеза шизофрении высказывается А. Д. Зурабашвили (1973): «Мы разделяем установку, что раннее неблагоприятное семейное влияние («сиротство души») может стать

причиной шизофренической преддиспозиции, причем отрицательное влияние в большей степени распространяется на девочек».

А. В. Снежневский (1972), формулируя концепцию «nosos» и «pathos» шизофрении, подчеркивает заслугу Е. Кречмера, Е. Блейера, И. Берце и других исследователей в том, что те «обнаружили и описали наличие почвы (истоков) в виде шизоидии, латентной шизофрении, на которой под влиянием еще неизвестных нам условий кристаллизируется в ограниченном числе случаев шизофренический процесс». Можно думать, что одним из таких условий оказывается система специфических взаимоотношений в семьях больных.

Касаясь проблемы биологического и социального взаимодействия, В. В. Ковалев (1973) трактовал патологическую зависимость страдающего шизофренией ребенка от матери как защитно-компенсаторную реакцию, вызванную дисгармоническим соотношением в онтогенезе явлений психической акселерации и частичной ретардации в психомоторной области. Личностная динамика непроцессуальной природы тесно спаивается в клинической картине с продуктивной и негативной симптоматикой.

Обстоятельные систематические исследования социопсихологических аспектов семейной жизни больных шизофренией в связи с задачами реадаптации и реабилитации были начаты лишь в последние годы (Кабанов М. М., 1971; Либих С. С., 1971; Днепровская С. В., 1971; Воловик В. М., 1973). В работах М. М. Кабанова (1971, 1995) и С. С. Либиха (1971) подчеркивается мысль, что подлинная реадаптация невозможна без попыток изменить патологические взаимоотношения в семье, устранить ирреальные оценки больного и непосильные для него требования. Опыт комплексного лечения больных шизофренией, включая семейную психотерапию, показал, что худшие результаты лечения наблюдались у больных из «гиперпротективных и хаотических семей» (Воловик В. М., 1973, 1984).

Исследования, посвященные роли семьи в патогенезе шизофрении, сыграли значительную роль в развитии семейной психотерапии. (Levy D., 1932, 1938; Kasanin J. & Sage P., 1934; Despert L., 1938; Gerard D. & Siegel F., 1950). В этих работах было обращено внимание на своеобразие взаимоотношений в семьях больных шизофренией и сделаны попытки проследить роль семьи в этиологии болезни. Последующие исследования охватили широкий круг аспектов жизнедеятельности семьи больных шизофренией: изучались особенности коммуникации и ролевые ожидания в семье, соотношение эмоциональных и когнитивных процессов, уровень конфликтности, распределение влияния между членами семьи, взаимосвязь с окружающим миром и т. д. (Мишина Т. М., 1978; Bach O., 1976; Barker Ph., 1981).

Охарактеризуем ряд направлений проведенных исследований.

Нарушения мышления у больного шизофренией и семья. В истории изучения шизофрении всегда отмечался повышенный интерес к особенностям познавательных (и прежде всего мыслительных) процессов у больных шизофренией. При шизофрении имеют место нарушения ассоциативных процессов, способности к логическому мышлению, понятийного мышления, актуализации сведений из памяти и т. д. (Выготский Л. С., 1932; Зейгарник Б. В., 1958; Поляков Ю. Ф., 1972; Скобцова А. Л., 1976). Социально-психологические исследования показывают огромное значение семьи в формировании и развитии мышления ребенка.

Основную роль при этом играет общение с ребенком родителей, которые направляют формирование мыслительных навыков, демонстрируют правильное мышление. В общении с родителями ребенок учится использовать свое мышление для освоения окружающей действительности и решения разнообразных проблем. Понятно, что исследователи стремились выявить влияние семьи больного шизофренией на возникновение и развитие мыслительных процессов, в частности ее роль в появлении нарушений мышления, характерных для шизофрении. Проведенные за последние десятилетия исследования показали, что условия жизнедеятельности такой семьи затрудняют формирование у ребенка особенностей мышления, которые характерны для здоровых людей, и способствуют нарушениям, которые характерны для больных. Противоречивы коммуникационные отношения родителей с ребенком. Речь идет прежде всего об интеллектуальной противоречивости — чаще всего о требовании родителей к ребенку, противоречивом и потому в действительности невыполнимом, но его противоречивость оформлена так, что не опознается ребенком. Такое отношение получило название «двойной связи» (Bateson J., 1956). По мнению Бейтсона, при этом возникает психологическое состояние, близкое к тому, которое изучалось И. П. Павловым в известном опыте: подопытная собака оказалась не в состоянии различать весьма похожие между собой по форме, хотя и различные по значимости круг и эллипс — состояние мыслительного, а затем и общепсихического «срыва». Родитель больного шизофренией нередко упрекает его в холодности и одновременно в неумении сдерживать проявления своих чувств (Bateson J., 1956). Ребенок в этих условиях постоянно чувствует себя сбитым с толку, не обнаруживает логики, закономерности, развитие его мышления затруднено.

Нарушениям мышления, характерным для шизофрении, способствует и нелогичность, парадоксальность взаимоотношений в семье. Семья — это тот участок действительности, в котором ребенок должен разобраться в первую очередь. От него требуется понять взаимоотношения в семье, требования друг к другу ее членов и на этой основе строить свое собственное поведение. Семьи больных шизофренией, однако, тем и отличаются, что в их поведении нет ясной, доступной пониманию ребенка логики. Важное явление, отмеченное другим видным исследователем, Л. Уинном, — это характерные для этих семей «псевдоотношения»: «псевдовзаимность» и «псевдовражда» (Wynne L., 1958). Для «псевдоотношений» характерно противоречие между провозглашаемыми ролевыми требованиями и тем, какое поведение в ответ на эти требования ожидается в действительности. В результате складывается ситуация, когда средства, обычно используемые семьей для того, чтобы помогать ее членам строить свое поведение в соответствии с требованиями семьи (вербальные указания, санкции и др.), в семье больного шизофренией вводят его в заблуждение, затрудняют «улавливание» последовательности семейных взаимоотношений. Алогичность, противоречивость действительности, с которой сталкивается ребенок в своей семье, становится тормозом в развитии его мышления, которое только и может развиваться, познавая закономерности окружающей действительности и используя эти знания для ее освоения.

Другой источник «алогичности» семейных отношений в семьях больных шизофренией описан известным английским исследователем Р. Лаингом (Laing R., 1965). Он назвал его «мистификацией» в семейных взаимоотношениях. Для таких семей характерно, что их члены вводят друг друга в заблуждение относительно

мотивов своих и чужих поступков. Мать говорит ребенку, который мешает ей своей веселой игрой: «Ты уже устал и хочешь идти спать». По Лаингу, это пример «мистифицирующего» высказывания. Мать «вытесняет» собственный эмоциональный опыт ребенка, заменяя его своим, «мистифицирующим». «Мистификация» встречается в той или иной мере в любой семье, но она особенно выражена как раз в семьях больных шизофренией.

На объяснение нарушений мыслительных процессов при шизофрении в значительной мере нацелены исследования представителей миланской школы М. Палаццолли (Palazzolli M., 1978). Усилия их направлены на изучение явления, которое они обозначают термином «парадоксальная игра». Структура взаимоотношений в семье больных шизофренией во многом аналогична игре, правила которой таковы, что обе стороны очень заинтересованы в выигрыше, но ни одна в действительности не может выиграть. На эту абсурдную ситуацию члены семьи реагируют абсурдными действиями, закрепление которых в качестве навыка мышления, восприятия и поведения в значительной мере содействует нарушениям мышления. Длительная семейная психотерапия, получившая название «контрпарадокса», приводит к положительным результатам.

Личностно-эмоциональные нарушения при шизофрении и семья. Характерная особенность нарушения личности при шизофрении — это «аутизм, отрыв от реальности, нарушение единства переживаний, эмоциональные расстройства в виде побледнения аффекта, его неадекватности, амбивалентности» (Сухарева Г. Е., 1974). Роль семьи в формировании правильных взаимоотношений ребенка с действительностью, а также его адекватных реакций на разные явления действительности широко признана. Во взаимоотношениях с родителями во многом формируется активность ребенка, его стремление и умение решать возникающие проблемы.

Изучение родителей лиц, больных шизофренией, показывает, что характерный для них стиль воспитания отрывает ребенка от реальности, парализует его активность. В таких семьях встречается ярко выраженная потворствующая гиперпротекция (Levy D., 1930). Этот тип взаимоотношений отнимает у ребенка проблемы, необходимые для его развития, для освоения приемов их решения. Другой относительно часто встречающийся тип взаимоотношений — контроль, подавляющий активность и самостоятельность ребенка. Нередко мать и отец не помогают ребенку в решении встающих перед ним проблем, а лишь подвергают критике любые его попытки так или иначе решить их (Reichard & Tillman C., 1950). Г. Панков пишет о «шизофреногенной матери», «ребячливой матери», которая ожидает от своего ребенка материнского отношения к себе (Pankow G., 1968).

Типы отцов больных шизофренией описаны Лидсом, Паркером и Корнелисоном (Lidz Th., Parker B. & Cornelison A., 1956):

1) отцы, предъявляющие нереальные требования женам и в борьбе с ними стремящиеся создать коалицию с детьми;
2) отцы, соперничающие с сыновьями в борьбе за внимание жены и влияние на нее, активно стремятся подорвать уверенность сыновей в себе;
3) отцы, одержимые идеями величия, чаще всего неудачники, не имеющие никакого авторитета в семье и полностью подчиняющиеся женам.

Проведенные исследования показывают, что семья больного шизофренией, как правило, содействует нарушениям его личности, формированию таких неблаго-

приятных изменений, как аутизм, амбивалентность взаимоотношений с окружающими, непоследовательность и противоречивость представлений о самом себе.

В то же время надежды на то, что будут выявлены факторы, имеющие определяющее значение в формировании шизофрении или хотя бы некоторых ее форм, не оправдались. Во-первых, описанные нарушения семьи, взаимоотношений родителей и детей типичны не только для тех семей, в составе которых имеются больные шизофренией, — они же встречаются и в семьях больных неврозами, при нарушениях характера и т. д. Отличие семей больных шизофренией не столько в качественной, сколько в количественной выраженности описанных нарушений (Alanen Y., 1964). Во-вторых, проводившиеся в те же годы генетические, эпидемиологические, биохимические исследования при шизофрении, успехи ее лекарственной терапии доставляли все новые свидетельства того, сколь важную роль в ее этиологии играют биологические факторы. Все это обусловило определенное снижение интереса к исследованиям семейной этиологии шизофрении. На смену активному интересу к этим вопросам в 1930–1950-е гг. пришел период спада в 1960-е гг. (Alanen Y., 1980).

В последнее десятилетие вновь возрос интерес к проблеме «семья и шизофрения». Однако он переместился с изучения семьи как источника (первопричины) заболевания на выяснение ее роли в течении болезни. В центре внимания оказались очень важные с практической точки зрения вопросы о роли семейных факторов в обострении заболевания, а также в реабилитационном процессе. В первую очередь следует отметить работы отечественных авторов (Кабанов М. М., 1978, 1985; Костерева В. Я., 1978; Горбунова Л. Н., 1981; Ломаченков А. С., 1981 и др.). Было показано, что семейные взаимоотношения являются существенным фактором эффективности восстановительной терапии больных шизофренией.

Важное место в понимании механизма воздействия семьи на процесс эффективного лечения шизофрении занимает ранимость, повышенная чувствительность больного к широкому кругу психотравмирующих факторов (Смулевич А. Б., 1987). Наличие в семье больного шизофренией предъявляет повышенные требования к ней. Нередко вполне переносимые для любой другой семьи кризисы, противоречия, конфликты в семье больного шизофренией могут стать фактором психической травматизации. Интересна попытка построения теоретической модели психотравмирующего воздействия семьи на течение шизофрении, так называемая «*Diathesisstress modell*» (Libermann R. et al. 1982; Libermann R. 1982, 1986). В соответствии с этой концепцией лица с высоким риском заболевания характеризуются пониженной стрессоустойчивостью; причины тому — ограниченная способность к переработке получаемой информации (в результате повышенной отвлекаемости и других особенностей мыслительных процессов); тенденция к повышенной возбудимости центральной нервной системы; пониженная социальная и психологическая компетентность и особенно неумение правильно вести себя в напряженных, сложных ситуациях. Указанные личностные особенности взаимодействуют с факторами непосредственного социального окружения индивида. Это, во-первых, неблагоприятный социально-психологический климат семьи (повышенное эмоциональное напряжение); во-вторых, характерное для семьи больного шизофренией отсутствие «психологической поддержки» как в самой семье, так и в ее окружении (отсутствие приятелей, коллег по работе, соседей, с которыми существовали бы устойчивые эмоциональные, «психотерапевтические» отноше-

ния); в-третьих, дополнительную нагрузку создают различные значимые события в жизни семьи. Две группы факторов — индивидуальная ранимость и внешние психотравмирующие моменты — вступают во взаимно усиливающие их отношения, что приводит к обострению протекания болезни. Данная модель взаимного усиления индивидуальных и средовых факторов определяет и стратегию лечения. Это, с одной стороны, медикаментозное снижение возбудимости нервной системы, с другой — повышение способности больного и его семьи справляться со стрессовыми ситуациями. Семейная психотерапия выступает при этом как составная часть терапевтического и реабилитационного процесса. Повышение социальной компетенции пациента в решении разнообразных социальных ситуаций, способности адекватно выражать свои чувства, успешно коммуницировать — это основные цели, которые преследуются в ходе семейной психотерапии. Для лечения больных шизофренией используются «психопедагогическая модель семейной психотерапии», разработанная К. Андерсоном (Anderson C., 1985), и семейная психотерапевтическая «психообразовательная» программа, созданная группой польских психотерапевтов (Bigo B. et al., 1986).

Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективно применение семейной психотерапии на завершающих этапах выхода индивида из острого состояния. На первых же этапах показана осторожная («щадящая») индивидуальная психотерапия. Индивидуальная психотерапия, восстановление способности пациента к межличностному контакту создают предпосылки для семейной или групповой психотерапии. Выбор в значительной мере зависит от состояния семьи: чем менее напряженны или конфликтны взаимоотношения в ней, чем менее характерны для нее описанные выше неблагоприятные явления («двойной связи», «мистификации» и др.), чем больших успехов членам семьи больного удалось достичь в «родительских группах», тем предпочтительнее семейная психотерапия. Семья, хорошо знающая пациента, понимающая сущность его болезни, активно сотрудничающая с врачом, — хорошая социальная среда, в которой пациент может опробовать и развить способности, приобретенные в ходе индивидуальной психотерапии. В противном случае после индивидуальной психотерапии предпочтительнее групповая.

Реорганизация и оздоровление ближайшей социальной среды пациента. Психическое заболевание одного из членов семьи (особенно такое серьезное, как шизофрения) оказывает неблагоприятное воздействие на семью. Общие направления этого воздействия были уже подробно рассмотрены выше — это нарастание нервно-психического напряжения в семье, отрицательное мотивационное воздействие личности и поведения больного на других членов семьи, нарушение семейных взаимоотношений (в частности, возникновение в них «функциональных пустот»), снижение социального статуса семьи в целом и ее членов, чувство вины, тревоги, неудовлетворенности в семье.

Неблагоприятно и воздействие семьи на больного шизофренией. Взаимоотношения в семье нередко еще до заболевания значительно нарушены, в связи с этим необходима работа со всеми ее членами. Направления этой работы в основных чертах были рассмотрены ранее. Это: обеспечение более глубокого понимания членами семьи психологических особенностей пациента, усиление семьей своего влияния на него (нахождение «подхода»), мотивационной перестройки, обеспечение помощи социального окружения и организация сотрудничества с меди-

цинскими работниками. Именно от того, в какой мере семье удастся решить эти проблемы, в конечном счете зависит, какое влияние окажет на данную семью заболевание одного из ее членов. В одном случае оно приведет к сплочению семьи, к концентрации ее активности (конструктивное развитие); в другом — к ослаблению ее сплоченности, нарастанию конфликтности взаимоотношений (деструктивное развитие).

Деструктивное развитие семейных взаимоотношений проявляется в искажении картины болезни у больных и членов их семей, в нарастании конфликтности, в игнорировании признаков болезни (Костерева В. Я., 1978). О двойственности реакции семьи на появление в ней больного (т. е. о возникновении либо конструктивного, либо деструктивного развития) свидетельствуют исследования, где показано, что, реагируя на болезнь, семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее происходит раскол, который приводит к изоляции больного (Szalita A., 1968).

Одна из наиболее распространенных форм работы — это группа, включающая членов семьи больного, в частности родительская группа. Многие авторы указывают на значительный эффект, который дает психотерапевтическая работа с членами семьи пациента. Интересен опыт исследователей, работавших под руководством В. М. Воловика (1983): они создавали смешанные родительские группы, в которые могли включаться также здоровые супруги. Такие группы, условно называвшиеся «родительскими собраниями», включали 8–10 человек, занятия проводились в среднем 2 раза в месяц. Основные вопросы, обсуждавшиеся в такой группе, — это понимание семьей состояния больного, оценка его возможностей, динамика отношений внутри семьи и с внесемейным окружением в связи с психическим заболеванием члена семьи.

Значительный опыт работы с такими группами имеется и за рубежом (Battegay R. & Rohrbach P., 1966; Battegay R. & Marshall R., 1986). Известные швейцарские психиатры и психотерапевты в своем исследовании так характеризуют динамику подобных групп: «Группа родственников, которая вначале имела трудности, обнаруживает развитие, сходное с группой пациентов. Вначале родственники были склонны видеть множество недостатков у больных членов семьи. Однако постепенно они оказывались в состоянии увидеть свою собственную недоверчивость по отношению к больным, склонность к гиперопеке, затрудняющую развитие пациента, “двойную связь” в коммуникации с ними и т. п. Родственники переставали скрывать свои проблемы, постепенно формировалась атмосфера сплоченности, взаимного доверия и поддержки. Родственники оказывались в состоянии говорить о трудностях контакта с пациентами, а также о собственных психологических трудностях, которые возникли в связи с болезнью члена их семьи» (Battegay R. & Marshall R., 1986).

При проведении семейной психотерапии в системе реабилитации 31 больного шизофренией и членов их семей (Эйдемиллер Э. Г., 1976) применялась последовательность форм психотерапии (индивидуальная, групповая, семейная — в конфликтных семьях и индивидуальная, семейная — в семьях, развивающихся в конструктивном направлении). Параллельно велась работа с группой родственников, главным образом с родителями пациентов.

Рассмотрим случай семейной психотерапии, которая проводилась с отдельно взятой семьей и без участия самого пациента Андрея П.

Андрей П., 18 лет. Диагноз: **шизотипическое расстройство**, психопатоподобный вариант, синдром нарастающей шизоидизации.

Мать обратилась в психоневрологический диспансер с жалобами на то, что ее отношения с сыном резко ухудшились; он отдалился от родителей; появились странности в поведении — стал запираться в комнате, подолгу не спал ночью, начал исповедовать вегетарианство, особенно возражал против контактов с матерью, не пускал ее убирать в своей комнате, грубил ей, угрожал побоями. Одевался не по сезону — легкий плащ в холодное время года. Отказался от своих прежних друзей. Поступил на математико-механический факультет ЛГУ. Родители ориентировали сына на геологический факультет университета (или Горный институт), хотели, чтобы он «продолжил династию». С их мнением сын не посчитался. До поступления в вуз пережил сильное потрясение — родители девушки, которая очень нравилась Андрею П., в присутствии дочери и ее друзей в высокомерной форме дали понять, что он — «невыгодная партия». Об этом инциденте никому не сказал, мать узнала обо всем окольными путями. В состоянии сильного аффекта Андрей П. взломал двери гаража, в котором хранилась машина отца, и угнал ее. На пригородном шоссе развил огромную скорость, не справился с управлением и вылетел в кювет. Автомобиль получил сильные повреждения, а Андрей П. остался невредим. Одним из инициаторов обращения родителей к врачу-психиатру был инспектор ГАИ, который так оценил ситуацию: «Я в милиции работаю не первый год, многое повидал, но чтобы так мчаться мимо поста ГАИ, как ваш сын, надо быть действительно ненормальным». Родителям удалось предотвратить уголовное дело по факту угона автомобиля.

Родители юноши — ученые. Матери 42 года. По характеру активная, инициативная, веселая, «все схватывает на лету». В общении стремится доминировать, навязывать свою волю. В семье играет роль эмоционального и действенно-практического лидера. Отец: 44 года, доктор наук, руководитель лаборатории одного из НИИ. По характеру спокойный, сдержанный, малообщительный, свободное время любит проводить с семьей, довольно пассивен. Теряется в бытовых ситуациях, там, где надо установить контакты. По мнению жены, является интеллектуальным лидером семьи.

Андрей П. Первая беременность матери, протекала нормально. Единственный ребенок в семье. Роды в срок, без особенностей. Психомоторное развитие с явлениями асинхронии — очень быстрое развитие речи, увеличение словарного запаса, формирование фразовой речи и понятий. Самостоятельно выучился читать, писать и считать в раннем детстве. В плане общения и проявления эмоций всегда был обособленным, сдержанным, холодным — не стремился к установлению близких контактов со сверстниками. По выражению его лица было всегда трудно угадать переживаемые им эмоции. Любил настоять на своем: если с чем-то не соглашался, ничто не могло заставить его изменить точку зрения. Был несколько неловок, но отличался силой.

В классе пользовался уважением за свою самостоятельность, принципиальность, умение достигать своей цели. Перенес детские инфекции без осложнений, ничем серьезным не болел. Мать, оценивая его жизненный путь, сказала: «Он был очень сложным в общении. Я всегда чувствовала, что его можно только сломать, но нельзя заставить изменить принятое им решение. Но с лета этого года он стал совсем невозможным — очень напряженный, агрессивный по отношению ко мне».

Попытки вызвать Андрея П. на прием к врачу-психиатру оказались безрезультатными. Разработанный совместно с матерью план вовлечения его в психотерапевтический процесс предполагал следующее: мать обратилась за психотерапевтической помощью по поводу эмоциональных проблем (что и было на самом деле) — у нее невроз. Необходимо выяснить домашние обстоятельства и ситуации, которые могли сыграть роль в развитии у нее заболевания. Поэтому будут проведены психологические исследования взаимоотношений в семье и личностных особенностей ее членов. Отец охотно присоединился к плану, принял участие в исследованиях. Андрей П. категорически от них отказался, проигнорировал возможность принять участие как математик в обработке экспериментальных данных. Во время беседы был сдержан, немногословен. В свою комнату не впустил. В ответ на объяснения врача о необходимости проведения обследования сказал: «Мать болеет, вот ее и обследуйте». Отказался обсуждать те вопросы, которые интересовали его и отнимали все его свободное время: суть вегетарианства, проблему биополя, философские вопросы. Обнаруживал сильное сопротивление при попытках раскрыть его переживания, сократить дистанцию общения. Во время беседы несколько раз улыбнулся, хотя контекст обсуждаемого не давал оснований для такого эмоционального реагирования. Отрицал какие-либо ассоциации, воспоминания во время беседы, признал, что он спокоен, сосредоточенно слушает врача и не думает улыбаться. Указанное явление было расценено как парамимия. Эмоциональные реакции представлялись уплощенными, а ответы не всегда соответствовали вопросам. Ассоциативная деятельность представлялась несколько разрыхленной. От дальнейших встреч с врачом отказался.

Психологическое обследование и построение семейного диагноза. С помощью методики аутоидентификации по словесным характерологическим портретам (СХП) родители определили у себя следующие типы акцентуаций характера: отец — черты интровертированности; мать — гипертимности. При оценке характерологических особенностей сына каждый из них в отдельности выбрал карточку с описанием интровертированного типа акцентуации характера.

При заполнении опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) мать выявила у себя тип неправильного семейного воспитания — «доминирующая гиперпротекция» (шкалы Г+; Т+; З+; С–) и личностную психологическую установку «Расширение сферы родительских чувств» (РРЧ). Отец придерживался более демократических правил воспитания (шкалы З–; С–).

Согласно нашей методике графического обобщения данных семейных обследований (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987), взаимоотношения в этой семье выглядели следующим образом (рис. 45).

Задачи семейной психотерапии и тактика ее проведения. Взаимоотношения в родительской подсистеме характеризовались выраженной зависимостью мужа от жены и, в свою очередь, отчуждением ее от него. Жена испытывала неудовлетворенность в сексуальных отношениях с мужем, в женской роли чувствовала себя ущемленной. Неосознанно стремилась удовлетворить свои эротические потребности хоть в какой-то степени за счет симбиоза с сыном, создавая с ним коалицию.

Эмансипационные стремления сына грозили разрушить коалицию «мать–сын» и тем самым лишить мать возможности квазиудовлетворения ее эротических потребностей. В этой ситуации она решила усилить гиперпротекцию сына — стала мелочно контролировать его, подглядывать за ним на улице, проникать в его ком-

нату, собирать о нем сведения у знакомых, расспрашивать о том, как он проводит время, несмотря на полный отказ сына от контактов. Обстановка в семье в результате этого накалилась.

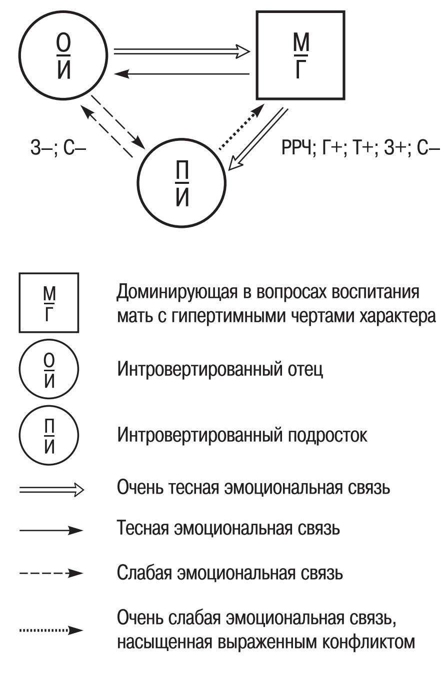


Рис. 45

Были поставлены следующие задачи, которые должна была разрешить семейная психотерапия.

1. Помочь матери осознать психологические причины ее доминантного отношения к сыну.
2. Поставить временный блок на коммуникациях «мать–сын», тем самым удовлетворив часть требований сына.
3. Активизировать роль отца в семье по двум линиям: вначале он должен взять на себя обязанности по общению с сыном и тем самым освободить от этого жену; принять участие в разрабатываемой совместно с психотерапевтом программе по повышению значимости функционирования подсистемы супругов.
4. Ослабить доминирующую гиперпротекцию родителей и помочь в принятии ими новой роли сына — «взрослого».

Семейная психотерапия проводилась на протяжении 3 лет с частотой встреч с родителями одно занятие в 1–2 месяца. Как правило, на сеансы приходила только мать, значительно реже — оба родителя.

На сеансах с матерью анализировался биографический материал, а также возникающие эмоциональные отношения матери и врача. Матери было указано на то, что сын был и остается наиболее значимым явлением в ее жизни. С помощью

приемов вербализации и техники «зеркало» мать осознала эмоции, которые она испытывала к сыну: тревогу, любовь, восхищение.

Далее анализу подверглись отношения матери и врача-психотерапевта: мать держалась активно, постоянно извинялась, но предлагала свои способы решения возникающих ситуаций. При этом высказывала восхищение в адрес психотерапевта, подчеркивая при этом не только его профессиональные качества, но вскользь и мужские. В определенные моменты ее поведение становилось «рискованным», а в эмоциональной коммуникации с психотерапевтом усиливались ее сексуальные мотивы. Доброжелательная позиция психотерапевта, соблюдение им профессиональных границ общения помогли и врачу и пациенту придерживаться заключенного первоначально договора о сотрудничестве и прояснить возникший эмоциональный контекст.

Через анализ эмоциональных переживаний матери в ситуации «здесь и сейчас» на сеансах психотерапии удалось подвести ее к пониманию того, что супружеские отношения нарушены: она очень эмоционально привязана к сыну, охотно привязывается к психотерапевту и выказывает ему симпатию, а о муже говорит лишь как о некоем «интеллектуале», находящемся на периферии семьи. Такова подоплека «доминирующей гиперпротекции», которая нацелена на удержание подростка в социально-психологической роли «хорошего сына», «послушного маленького ребенка».

Наш опыт показывает, что ситуации неправильного семейного воспитания («эмоциональное отвержение», «доминирующая гиперпротекция»), заставляющие пациентов регрессировать на инфантильные ролевые позиции, являются довольно типичными для малопрогредиентной шизофрении (Эйдемиллер Э. Г., 1978).

Во время занятий мать проявляла сопротивление — то в виде аффектов отчаяния, сопровождавших вытеснение полученной информации, то в виде попыток «управлять» психотерапевтом с помощью комплиментов. Эти обстоятельства также анализировались.

Блокирование контактов матери и сына, передача информации от него через отца привели к тому, что на первых порах мать переживала сильную тревогу, искала встреч с психотерапевтом, просила о помощи уже в роли «больной». Постепенно конфликты между матерью и сыном стали более редкими.

На совместных занятиях с матерью и отцом выявлялись все точки их соприкосновения, которые в прошлом или сейчас доставляют им удовольствие. Был заключен договор, что они не реже двух раз в месяц приглашают к себе домой близких друзей, не реже одного раза в неделю посещают кино, возобновляют вечерние прогулки. Кроме того, на сеансах родители «вспоминали прошлое» — разыгрывали ситуации «встреча», «признание в любви» и т. д.

Цель этих заданий — восстановить супружеские отношения. В качестве «сближающей» техники использовались приемы тренировки прогностической эмпатии.

Однажды, через 2 года после начала семейной психотерапии, мать пришла на прием встревоженная и в то же время на что-то внутренне решившаяся. Она сообщила, что Андрей П. потребовал размена площади — он намерен переехать в однокомнатную квартиру бабушки, которой хочет предложить жить с родителями в их трехкомнатной квартире. Принятое матерью решение уступить сыну было подкреплено психотерапевтом. После переезда Андрей П. иногда звонил отцу. Потом стал заходить в гости примерно раз в неделю. Иногда ел вегетарианскую

пищу, иногда пищу родителей. Начал проявлять интерес и высказывать сочувствие по поводу здоровья бабушки, а потом матери. Приходил в гости все чаще и чаще, держался более открыто и дружелюбно, но в свои переживания их не посвящал.

Катамнез через 5 лет. Окончил Ленинградский университет, работает по специальности. Живет один, продолжает оставаться малообщительным, аутичным. Поддерживает близкие отношения с семьей.

Ситуация в семье приобрела следующий вид (рис. 46).

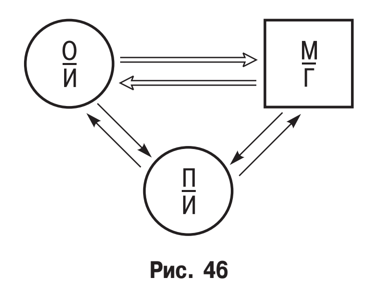


Рис. 46

Катамнез через 10 лет. Устроился работать программистом в один из вузов Санкт-Петербурга. Однажды узнал, что девушка, которую он любил в возрасте 18 лет и которая отвергла его по настоянию своих родителей, вышла замуж за другого мужчину, а затем осталась одна с ребенком. Стал посещать ее, ухаживать за ней, помогал воспитывать ребенка. Вскоре она умерла от рака. Спустя какое-то время познакомился с молодой женщиной с ребенком, пригласил их в свою квартиру, стал жить с ней в гражданском браке.

Принципиальные отличия психотерапии семьи больных шизофренией заключаются в том, что, помимо устранения таких симптомов болезни, как негативизм, некоммуникабельность, враждебность к одному из родителей, обусловленных нередко патологическими взаимоотношениями в семье или неправильным воспитанием (доминирующая гиперпротекция), основная задача — это коренная перестройка жизненных планов семьи в зависимости от прогноза заболевания и успехов применяемого лечения. С больными этой группы проводились в основном индивидуальные психотерапевтические сеансы, что обусловлено низкой вовлекаемостью больных в групповые занятия, тяжестью клинических проявлений заболевания. Наиболее частой темой, обсуждаемой в индивидуальных беседах с больными и во время встреч с родственниками, была «планы и перспективы после выписки из больницы». Прилагались усилия к разрушению ирреальных — либо чрезмерно оптимистических, либо пессимистических — взглядов на больного и его жизненные перспективы. Члены семьи во время посещения клиники подготавливались к возвращению больного домой, проводилось обучение навыкам общения с ним и адекватного реагирования на проявления психической болезни.

Наблюдения, иллюстрирующие возможности семейной психотерапии в комплексном лечении больных шизофренией.

Александр Ш., 17 лет, учащийся 10-го класса музыкальной школы при Ленинградской консерватории, находился на лечении в 3-й психиатрической больнице г. Ленинграда трижды — осенью 1970 г., весной 1971 г., зимой 1974 г.

Диагноз: шизофрения, непрерывно-поступательный тип течения.

Наследственность отягощена психическими заболеваниями в форме бредовых психозов и случаями шизофрении среди кровных родственников отца и матери. Отец имеет высшее образование, по профессии музыкант. Состоял на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «шизофрения», был замкнутым, стеснительным, в одни периоды жизни обнаруживал немотивированную злобность к близким, в другие — оставался аспонтанным, вялым. Целиком находился в подчинении у жены, передоверив ей воспитание сына, ведение хозяйства и даже устройство своей карьеры. С семьей не живет; когда мальчику было 3 года, по инициативе матери брак был расторгнут.

Матери 43 года, образование высшее, преподаватель музыки. По характеру живая, энергичная, веселая, стеничная, предприимчивая, легко добивается своих целей, ригидная («Когда-то раз и навсегда решила, что хорошо, а что плохо, с тех пор и следует этим заповедям», — так говорил больной о своей матери). Эталонная оценка матери — гипертимный тип («Г»), отца — шизоидный тип («Ш»).

Больной был первым ребенком в семье. Раннее развитие без особенностей. По характеру был ласковый, живой, очень любил мать. Воспитывался бабушкой, дедом (пенсионер, в прошлом — врач-гинеколог, перенес параноидный психоз, лечился инсулиновыми шоками), матерью.

Семейная атмосфера характеризовалась ригидным типом отношений, раз и навсегда заведенным порядком, строгой иерархией в распределении ролевых функций («ригидный, псевдосолидарный тип семьи»). Воспитание носило характер жесткого регламентирования образа жизни, подавлялись попытки проявить инициативу («доминирующая гиперпротекция»). Больной целые дни занимался музыкой под наблюдением матери (готовился к карьере пианиста-виртуоза), ему не разрешали заводить знакомства со сверстниками по своему усмотрению, большую часть времени он проводил в рамках семьи.

Когда мальчику было 11 лет, мать повторно вышла замуж. Сразу невзлюбил отчима, стал ревновать мать. От второго брака имеется ребенок.

Больной полюбил брата, хотя и мало им интересовался. Отчиму 46 лет, по профессии также музыкант. По характеру вязкий, ригидный, негибкий (эпилептоидный тип характера). Пытался навязать больному свои взгляды, но потерпел неудачу и больше воспитанием пасынка не занимается.

Приблизительно в возрасте 15 лет больной изменился характерологически: стал застенчивым, появился страх перед окружающим, стал необщительным даже с близкими родственниками, изменилось отношение к матери, открыто высказывал ей свою ненависть. В категорической форме потребовал перевода из класса, где преподавала его мать, стал заниматься с пожилой преподавательницей, которая вскоре приобрела для больного значение «идеала», объекта сексуальных мечтаний. Совершенно перестал разговаривать с матерью, питался отдельно от нее. В августе 1970 г., находясь с матерью на отдыхе в г. Риге, стал тревожным, возбужденным, высказывал идеи, что мать действует на него гипнозом, «читает» его мысли, считал, что его преследуют, хотят убить. Сбежал от матери, несколько дней блуждал по городу, милицией был доставлен в республиканскую психиатрическую больницу, откуда переведен в 3-ю психиатрическую больницу.

В больнице обнаруживал аффект тревоги, явления деперсонализации, психические автоматизмы, расстройства мышления в виде ассоциативных разрывов,

высказывал бредовые идеи преследования и отношения. Под влиянием инсулиношоковой терапии (30 коматозных состояний) все болезненные расстройства полностью редуцировались, появилась критика к болезни, восстановилась способность продолжать обучение, был выписан на поддерживающую терапию трифтазином.

В дальнейшем все обострения болезни начинались с изменения отношения больного к матери: отдалялся от нее, избегал контактов с ней. Отказывался объяснить такую перемену в поведении, в дальнейшем при улучшении состояния удавалось узнать, что он, как ему казалось, испытывал со стороны матери гипнотическое воздействие. Вне приступов болезни был чрезвычайно ласков и нежен с матерью, очень рад каждому ее визиту (мать стала жить отдельно от больного), не отпускал ее от себя, охотно пользовался ее профессиональными советами, не признавал никаких авторитетов, кроме материнского.

Восстановлению привязанности к матери в немалой степени способствовала семейная психотерапия: вначале это были индивидуальные беседы с больным, на которых последовательно разбиралось его неправильное отношение к матери, разъяснялись мотивы ее поступков в различных ситуациях. Таким образом, «мишенью» для психотерапевтического вмешательства в данном случае служило негативное отношение больного к матери, в значительной степени затрудняющее его перспективы после выписки.

Были запрещены свидания больного с матерью. Во время встреч врача с матерью проводилось разъяснение необоснованности и вредности жесткого авторитарного контроля, было указано, что излишнее регламентирование его занятий музыкой, которой больной посвящал по 6 часов в день, способствует негативному отношению больного к матери.

Когда наконец больной изъявил желание увидеться с ней, ему было это разрешено. Постепенно восстановилось адекватное эмоциональное отношение к матери. В дальнейших встречах врача с членами семьи больного проводился подробный инструктаж, посвященный общению с больным после выписки. В беседах, касающихся перспектив больного, удалось уговорить мать отказаться от максимальных претензий к сыну, установок на гиперпротекцию.

Результаты психологических исследований

1. Самооценка подростка: по СШ и СШ ПДО — черты сенситивности («С») — совпадение с эталонной оценкой. По СХП в качестве подходящих были выбраны черты эмоционально-лабильного типа «Л» и «С».
2. Подросток оценивает мать: при оценке матери подростком по СШ ПДО-2 не выявился характерологический тип, кроме черт сенситивности (феномен проекции). Оценка матери подростком по СХП выявила черты гипертимности (совпадение с эталонной оценкой). В теме № 10 в ПДО-2 «Подросток оценивает отношение матери к нему самому» был выбран «за» тот же ответ № 4, отражающий гиперпротекционизм матери, что и больным Михаилом Е. (см. далее). В теме № 24 «Подросток оценивает отношение матери к отцу» выбран «за» ответ № 5 «Легко раздражается, кричит на отца, потом, бывает, сама раскаивается».
3. Подросток оценивает отца (больной категорически отказался заполнять ЦДО на отчима): по СШ ПДО-2 выявился скрытый негативизм (более

10 отказов от выбора ответов), черты повышенной конформности (несоответствие эталон ной оценке).

В теме № 10 «Подросток оценивает отношение отца к нему самому» проставлен в протоколе отказ от исследования («0»). В теме № 24 «Подросток оценивает отношение отца к матери» «за» был выбран ответ № 12 «Отец настолько застенчив, что стесняется указать матери на ее ошибки», «против» — ответ № 9 «Целиком подчинил мать своей власти и делает ее послушным исполнителем своих желаний» и № 4 «Требует от матери неукоснительного соблюдения в мелочах установленного им порядка».

4. Мать оценивает подростка: по СШ ПДО-2 определились черты сенситивности (совпадение с эталонной оценкой) и черты гипертимности (феномен проекции). В теме № 10 «Мать оценивает отношение подростка к родителям» вы браны «за» ответы № 5 «Считает, что мы не дали ему того, что необходимо в жизни» и № 6 «Упрекает нас в том, что в детстве мы недостаточно уделяли внимания его здоровью». В теме № 24 «Мать оценивает подростка в настоящий момент» сделан ошибочный выбор (ответ № 6 «Считает, что он ничем не отличается от большинства людей»), другие выборы (ответы № 2 и 9) оказались неинформативными.
5. Отец не принимал участия в психологическом исследовании.

Данное наблюдение иллюстрирует характерный для семей больных шизофренией «ригидный, псевдосолидарный тип семьи» и вытекающий из этих особых взаимоотношений родителей тип воспитания «доминирующая гиперпротекция». Эти два аспекта семейной жизни способствовали аутизации больного, формированию его зависимости от матери («симбиотическая связь»), нашли свое отражение в бредовой системе больного.

Как показали психологические исследования, по некоторым жизненным проблемам у больного и его матери имелись нереальные представления, противоречащие друг другу, которые препятствовали их адекватному взаимодействию.

Больной Михаил Е., 19 лет, лаборант одного из технических вузов г. Ленинграда. Находился на лечении в 3-й психиатрической больнице с 30.11.70 г. по 04.03.71 г. Ранее был госпитализирован в эту же больницу год тому назад.

Диагноз: шизофрения, вялотекущая форма.

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье инженеров.

Мать: 47 лет, имеет высшее образование, работает в НИИ. По характеру властная, стеничная, активная, жизнерадостная. Обнаруживает признаки тиреотоксикоза, последние несколько лет аффективно лабильна, раздражительна, легко утомляется, плохо спит, конфликтует на работе. Является безусловным лидером семьи, подчинила своему влиянию мужа, который не предпринимает никаких действий, не получив одобрения жены. Эталонная оценка характерологических особенностей матери (суждение врача: сочетание психопатических черт астеноневротического и гипертимного типов «А» и «Г»).

Отец: 59 лет, образование высшее, работает в том же НИИ, что и мать. По характеру вялый, пассивный, тихий, безынициативный, во всем подчинен жене. Замкнут, знакомств не имеет. Общественной работы, развлечений вне семьи избегает. За всю жизнь только четырежды употреблял спиртные напитки и тогда

был агрессивен, возбужден, бил жену. Отказывается от выдвижения на руководящую должность. Эталонная оценка характерологических особенностей: психопатизация по шизоидному типу.

В семье на протяжении многих лет сохраняются одни и те же отношения между родителями: диктат жены и безоговорочное подчинение мужа («ригидный, псевдосолидарный тип семьи»).

Больной — единственный ребенок в семье. Беременность протекала нормально, роды в срок, без патологии. Раннее развитие без особенностей, ходить начал в 1 год, фразовая речь появилась в 2 года. В 1,5 года перенес черепно-мозговую травму без выраженных коммоционных проявлений. С 2 лет многократно болел пневмонией, в 11 лет оперирован по поводу паховой грыжи. С детства по характеру спокойный, рассудительный, замкнутый. Играть любил один, но не чуждался коллектива детей. В школе легко устанавливал контакты со сверстниками. Учился хорошо, из предметов предпочитал физику, математику, избегал занятий физкультурой. Воспитывался под неослабным контролем матери, полностью был лишен возможности проявлять инициативу, должен был о каждом своем шаге отчитываться перед ней (шизоидный характерологический тип). Отец во взаимоотношения матери и сына не вмешивался, во всем поддерживая жену (тип воспитания «доминирующая гиперпротекция»). До школы мать всячески ограничивала контакты Михаила с детьми, вынужден был проводить время в кругу семьи, общаться со взрослыми, изредка навещавшими его родителей. Родители прививали сыну идеалистические представления об окружающей жизни: «все описывалось в розовых тонах». С 10 лет появился устойчивый интерес к радиотехнике, развиваемый и поощряемый матерью. Конструировал приемники, магнитофоны и приборы, облегчающие домашний труд. В возрасте 15 лет перешел в новую школу, появились трудности в установлении адекватного контакта со сверстниками. Ученики, видя его неловкость и несамостоятельность, стали дразнить его «маменькиным сынком». Утратил интерес к учебе, прогуливал занятия, бесцельно бродил по городу. Отчитываясь перед матерью, заявил, что он на улице пристает к девочкам, дерется со сверстниками, однако при проверке ею этих фактов выяснилось, что они не соответствуют действительности. Появились несвойственные подростку ранее лживость, склонность к фантазированию, стремление выставлять себя в рассказываемых историях на первый план. Приятелям хвастался, желая добиться их одобрения, что он выпивает, курит, имеет много знакомств с девочками.

В возрасте 17 лет влюбился в девушку, которая вскоре отдала предпочтение другому. Об этой привязанности сына знала мать, препятствовала встречам сына с девушкой и не скрывала своей радости, когда узнала о разрыве. В день последнего объяснения с девушкой больной совершил суицидную попытку, вдыхал газовую смесь, ожидая, что через несколько минут вернется с работы мать. После бурного объяснения с матерью дал обещание не повторять таких поступков, однако долго не мог забыть своего романтического увлечения, часто ссорился с матерью, упрекал ее в том, что она подавила его волю, «испортила всю жизнь, воспитала нравственным калекой».

Поступив в радиотехнический вуз и работая в вечернее время лаборантом, свел знакомство с молодыми людьми, ведущими асоциальный образ жизни, целиком подпал под их влияние, пристрастился к выпивке, запустил учебу, все свое свободное время посвящал попойкам в компаниях. Возвращаясь домой в состоя-

нии алкогольного опьянения, конфликтовал с матерью, высказывал ей свои обиды и претензии, угрожал расправой. Жаловался на чувство одиночества и безысходности. Однажды в состоянии алкогольного опьянения, повздорив с матерью, демонстративно принял 40 таблеток элениума. Поступил в 3-ю психиатрическую больницу, через 2 недели был выписан с диагнозом: истероидная психопатия, осложненная злоупотреблением спиртными напитками. После выписки продолжал алкоголизироваться, отношения с родителями, особенно с матерью, еще более ухудшились: открыто высказывал свою ненависть к ней, всячески издевался и стремился досадить, в то же время обнаруживал зависимость от нее. Отдалился от прежних знакомых. Не сдав зачетов и экзаменов, ушел со 2-го курса института. Стал пить в одиночку, «чтобы снять тоску и преодолеть одиночество». Заводил случайные связи с пожилыми, опустившимися женщинами, попытки романов со сверстницами заканчивались отказами с их стороны, часто после скандалов в их присутствии, которые устраивала мать («Это все были девушки, способные только развратить моего сына», — говорила мать). Поводом для последней госпитализации послужила грубая демонстративная суицидная попытка в состоянии алкогольного опьянения — попытался на глазах у матери повеситься на электрическом проводе, который сорвал со стены.

Психическое состояние: сознание ясное. Доступен продуктивному контакту. Многие высказывания носят претензионный характер, маскирующий робость и застенчивость. Совершенно откровенно и обнаженно описывает свои личные переживания, без волнения и смущения рассказывает об интимных сторонах своей жизни. Эмоционально холоден, безразличен к окружающим. Эмоциональные реакции нивелированы. Не строит определенных планов на будущее. К родителям равнодушен, не интересуется тем, как сложатся его отношения с ними. Желания возобновить учебу не высказывал. Интеллект высокий. Мышление носит несколько расплывчатый, резонерский характер. Бредово-галлюцинаторные переживания не обнаружены. Память не снижена.

Сомато-неврологически: без выраженной патологии.

Лечение: наван — 10 мг, затем трифтазин — 15 мг в сочетании с сонапаксом — 25 мг.

Психологическое обследование

1. Самооценка подростка: по СШ ПДО — черты неустойчивости («Н»); по ОШ — также («Н»); по СХП — черты повышенной конформности («К»), неустойчивости («Н») и шизоидные черты («Ш»).

2. Подросток оценивает мать: по СШ ПДО-2 — черты гипертимности («Г») и черты неустойчивости («Н») — феномен проекции. Обследование методом идентификации по СХП выявило черты астеноневротического типа («А»).

Из отдельных выборов обращают на себя внимание ответы «за» № 4 в теме № 10 «Подросток оценивает отношение матери к нему самому»: «Иногда она слишком много уделяет мне внимания, слишком опекает меня, иногда упрекает себя за то, что недостаточно была внимательна ко мне» и № 9 «Всегда в страхе, что со мной что-то случится».

В теме № 24 «Подросток оценивает отношение матери к отцу» больной выбрал «за» ответ № 2 «Мать — признанный лидер в семье. Все решает она» и ответ № 5 «Легко раздражается, кричит на отца, потом, бывает, сама раскаивается».

3. Подросток оценивает отца: по СШ ПДО-2 выявились черты астеноневротического типа («А»), не совпадающие с эталонной оценкой врача.

В теме № 10 «Подросток оценивает отношение отца к нему самому» был выбран ответ № 8 «за» — «Любит меня, но старается навязать свою волю» и в теме № 24 «Подросток оценивает отношение отца к матери» — ответ № 1 «за» — «Отец больше рассуждает и во всем сомневается, решать все приходится матери». «Против» в этой теме были выбраны ответ № 2 «Отец — признанный лидер в семье. Все решает он» и ответ № 9 «Целиком подчинил мать своей власти и делает ее послушным исполнителем своих желаний».

4. Мать оценивает подростка: по СШ ПДО-2 выявились черты сенситивности («С»), шизоидности («Ш») и астеноневротические («А») — феномен проекции личностных особенностей матери на восприятие характера сына. По СХП выявились черты «Н», «Ш», «А».

В теме № 10 «Мать оценивает отношение подростка к родителям» выбран «за» ответ № 4 «Иногда ему кажется, что его слишком опекают, иногда он укоряет себя за непослушание и принесенные родителям огорчения» и ответ № 5 «Считает, что мы не дали ему того, что необходимо в жизни».

В теме № 25 «Мать оценивает подростка в настоящий момент» выбраны «за» ответы № 7 «Ему не хватает решительности», № 8 «Он не видит за собой больших недостатков», № 10 «Он слишком раздражителен».

5. Отец оценивает подростка: по СШ ПДО-2 выявились черты астеноневротического типа («А»), сенситивность («С») и шизоидность («Ш»), а по СХП — черты «Н», «Ш», «А».

В теме № 10 отец сделал такие же выборы, что и мать, а в теме № 25 «Отец оценивает подростка в настоящий момент» выбрал «за» ответ № 5 «Ему не хватает усидчивости и терпения».

Итак, психологические исследования показали, что суммарные взаимооценки и содержание отдельных выборов в полной мере выявили все аспекты неправильных внутрисемейных отношений. Однако это обстоятельство не склонило членов семьи отказаться от статус-кво во взаимоотношениях. Зато врачи получили несомненно ценную информацию для реконструкции этих отношений.

Катамнестическое наблюдение на протяжении 3 лет показало, что предпринятые психотерапевтические беседы с целью убедить мать отказаться от гиперпротекционизма в отношении к сыну оказались эффективными. Восстановилось доверчивое отношение сына к матери, сгладились конфликты, удалось добиться согласия больного и родителей на длительное поддерживающее лечение трифтазином (15 мг) в сочетании с сонапаксом (25 мг).

Семейная психотерапия при акцентуациях и расстройствах личности у подростков

«Семейная психотерапия является одним из главных методов в подростковой психиатрии, так как основным источником психогений у подростков является семья» (Личко А. Е., 1979). Семейные отношения подростка охватывают его взаимоотношения с родителями, сиблингами, нередко с родителями родителей. Семья может выступить источником психогений у подростка по многим причинам.

Во-первых, весьма велика зависимость подростка от семьи. В семье удовлетворяется значительная часть его потребностей, в том числе материально-быто-

вых и (что особенно важно в этом возрасте быстрых изменений и связанных с ними интенсивных фрустраций) потребностей в эмоциональной поддержке, любви и симпатии. Если эти потребности не удовлетворяются в семье, это, естественно, порождает скрытую или явную семейную неудовлетворенность, нервно-психическое напряжение, тревогу.

Во-вторых, велика роль семьи в осуществлении социального контроля за поведением подростка. В этом возрасте ряд психологических механизмов, необходимых для самостоятельного поведения в качестве взрослого члена общества, находится в стадии формирования. Неспособность семьи выполнять функцию контроля по отношению к подростку ведет как к нарушениям его поведения, так и к нарушениям в развитии личности.

В-третьих, подросток вступает в этап интенсивного овладения социальными ролями взрослого человека, его круг общения быстро расширяется, увеличивается связь с неформальными группами, со школой. Все это происходит в условиях бурных физиологических, психологических и социальных перемен в организме и личности подростка. Поэтому в этот период он остро нуждается в направляющей и консультирующей помощи семьи: в объяснении, информировании, содействии в формировании оценки самых разных сторон жизни. Неспособность семьи справиться с этой задачей ставит подростка в весьма трудное и уязвимое положение, обусловливая его дезориентацию в социальной действительности, обезоруживая его перед лицом различных трудностей и противоречий.

Развитие детей в подростковом возрасте ставит перед взрослыми членами семьи, в первую очередь перед родителями, новые сложные требования. Нарушения во взаимоотношениях родителей с детьми, ранее не игравшие заметной роли, выходят на первый план, становятся для подростка источником психической травматизации.

Организуя психотерапевтическую работу с подростками, в том числе и семейную психотерапию, необходимо особое внимание обращать на характерологические нарушения: акцентуации характера и психопатии. Это связано, в первую очередь, с той значительной ролью, которую характерологические нарушения играют в подростковой клинике. Они участвуют в этиологии значительного числа нервно-психических расстройств (острых аффективных реакций, неврозов, ситуативно обусловленных патологических нарушений поведения, психопатических развитий, реактивных и эндореактивных психозов). От них зависит клиническая картина этих расстройств (Личко А. Е., 1979). Они же, видимо, могут являться тем фактором, который повышает риск заболевания или предрасполагает к нему (шизоидная и сенситивная акцентуация в отношении вялотекущей шизофрении, циклоидная в отношении маниакально-депрессивного и шизоаффективного психозов) (Личко А. Е., 1979).

Значение отклонений характера в подростковой клинике связано и с тем, что именно в этом возрасте они нередко обостряются. «В период становления характера его типологические особенности, не будучи еще сглажены и затушеваны жизненным опытом, выявляются настолько ярко, что иногда напоминают психопатии, т. е. патологические аномалии характера. С взрослением черты акцентуаций обычно сглаживаются» (Личко А. Е., 1979). Это усиление выраженности отклонений характера влечет за собой и нарастание их этиологического эффекта в возникновении и протекании широкого круга заболеваний у подростков. В силу

этого установление, выявление и психотерапевтическая коррекция отклонений характера — важная задача подросткового психиатра при лечении нервно-психических расстройств.

В клинической работе психиатра важно определить степень отклонения характера подростка: является ли он акцентуантом или обнаруживает отклонения характера в степени психопатии (по МКБ-10 диагнозу психопатии соответствует диагноз «расстройство личности» — F6)? Нами была разработана специальная шкала «РА» для «Патохарактерологического диагностического опросника» (ПДО) для дифференциации акцентуаций от возможных расстройств личности.

Определение степени отклонения характера с помощью ПДО при гипертимном, эпилептоидном, истероидном и неустойчивом типах психопатий (при гипертимном, инертно-импульсивном, демонстративно-гиперкомпенсаторном и неустойчивом типах акцентуаций)

ПДО получил широкое распространение в качестве методики определения типа аномалии характера у подростков. Однако до сих пор этот опросник не был приспособлен для изучения степени отклонения характера (уровня психопатизации подростка), от которой зависит то, какие черты, какие свойства того или иного характера выходят на первый план. Для изучения подростка и для подбора методов психологической коррекции оценка степени отклонения характера имеет большое значение.

На необходимость выделения различных степеней аномалий характера указывали многие исследователи. Наиболее подробная классификация этих степеней принадлежит А. Е. Личко. В основе классификации лежит разделение на акцентуации и психопатии, каждая из которых в свою очередь подразделяется на степени аномалии — латентная и явная акцентуация, тяжелая, выраженная и умеренная психопатии (*Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков, 1977).

Целью нашего исследования было изучение возможности использования ПДО для различения у подростков акцентуаций и психопатий эпилептоидного, неустойчивого, гипертимного и истероидного типов.

В качестве материала для построения шкалы использовались данные исследования с помощью ПДО 314 подростков, прошедших обследование в отделении подростковой психиатрии Ленинградского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева в 1970–1979 гг. Для этих подростков группой экспертов (8 психиатров с многолетним опытом работы в подростковой клинике) на основе концепции А. Е. Личко была установлена степень отклонения характера — т. е. каждый подросток был отнесен либо к акцентуантам, либо к психопатам.

Разработка шкалы проводилась в три этапа. На первом этапе ставилась задача отбора таких утверждений опросника, согласие или несогласие с которыми наиболее сильно зависит от степени отклонения характера подростка. Установленная экспертами-психиатрами степень отклонения их характера и ответы подростков по

тесту ПДО рассматривались нами как ранговые признаки с двумя степенями интенсивности (Кендэл М., 1975). Нам представляется, что такой подход наиболее точно отражает природу изучаемого явления. Действительно, то, что исследуемый подросток выбрал определенное утверждение опросника, означает, что обнаруживаемое этим утверждением качество у него выражено сильнее, хотя трудно сказать, насколько или во сколько раз (Гласс Дж., Стэнли Дж., 1976). То же относится и к установленным экспертами степеням отклонения характера. Поэтому при отборе утверждений использовался метод изучения взаимосвязи ранговых признаков — коэффициент ранговой корреляции Кендэла (Кендэл М., 1975).

После подсчета коэффициентов корреляции по всем выборам ПДО отбирались те из них, которые обнаруживали достаточно тесную связь с выраженностью аномалии характера (ранговый коэффициент Кендэла) на уровне 0,20 и выше. Это обеспечивает при данной величине выборки статистическую достоверность связи утверждения со степенью отклонения характера на уровне 1%.

На втором этапе разработки шкалы устанавливались веса отобранных утверждений ПДО. Было испробовано два метода установления весов.

1. Устанавливались такие веса, которые наиболее просты и удобны при пользовании шкалой. Например, за наличие в ответах признака, имеющего связь с определяемым нами качеством на 5%-ном уровне, присваивается 1 балл, при связи на 1%-ном уровне — 2 балла и т. д. Этот способ хорош своей простотой. Он оправдал себя при разработке основных и ряда дополнительных шкал ПДО (Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования. Под ред. А. Е. Личко и Н. Я. Иванова, 1976; Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. Под ред. И. В. Бокий и Р. А. Зачепицкого, 1977, 50).
2. Подсчет максимального правдоподобия отнесения исследуемого в тот или иной класс. Этот метод был предложен американскими исследователями Р. Дудо и П. Хартом. Ими же было доказано, что данным способом (при вполне допустимом предположении об условной независимости исходных признаков) получаются оптимальные веса входящих в шкалу утверждений. Метод хорошо зарекомендовал себя при решении широкого круга задач распознавания. Рассчитанные с его помощью веса отдельных утверждений приведены в приложении 10.

На третьем этапе проводились многократные испытания полученных шкал и методов их разработки. Случайным образом — с помощью генератора случайных чисел — из числа подростков выбиралась группа (42 человека), с остальными заново производился отбор утверждений в шкале и расчет весов. Затем прогностическая способность шкалы проверялась на выбранной группе. После проверки все возвращались в исходную выборку, а с помощью генератора случайных чисел отбиралась новая группа той же численности. Такой эксперимент был проведен 50 раз.

Проверка производилась следующим образом: экзаменуемая группа разделялась на две подгруппы — психопатии и акцентуации, затем подсчитывались средние значения по шкале психопатизации в каждой из подгрупп, эти значения сравнивались между собой с помощью t-критерия Стьюдента. Если средние значения различались на уровне 5% и лучше, то можно было сделать вывод о достаточно

хорошем различении групп и, следовательно, о пригодности шкалы для проведения массовых обследований.

Проверка показала, что первый из способов установления весов в случае шкалы психопатизации непригоден. При 50-кратном проведении экзамена только 12 раз средние значения шкалы психопатизации у акцентуантов и психопатов различались по критерию Стьюдента на 5%-ном уровне. В 3 случаях соотношение средних оказалось обратным (в подгруппе акцентуаций выше, чем в группе психопатий).

Значительно выше оказалась точность прогноза шкал, разработанных на основании метода максимального правдоподобия. Здесь при 50-кратном проведении эксперимента во всех случаях среднее значение шкалы психопатизации оказалось выше в подгруппе психопатий. При этом в 36 экспериментах эта разница была достоверной на 5%-ном уровне, а в остальных — на уровне 12%. Исследование обнаружило и довольно высокую консистентность полученной с помощью данного метода шкалы. Шкала была разбита на две равные части. Одна включала четные, другая — нечетные утверждения. Коэффициент корреляции между половинами шкал составил 0,50, что обеспечивает неплохую согласованность диагностических выводов, сделанных с помощью каждой из этих половин. Следовательно, шкала, разработанная на основании этого, более точного способа, является достаточно надежным инструментом проведения массовых статистических исследований степени отклонения характера в разных контингентах подростков (хотя и менее удобна, так как возникает необходимость подсчета суммы весов).

Какова точность индивидуального прогноза с помощью полученной шкалы?

Шкала была построена таким образом, чтобы случаи психопатий получали в сумме значения выше нуля, а акцентуации — ниже нуля, т. е. со знаком минус. Изучение точности индивидуального прогноза с помощью шкалы показало, что чем более значения по шкале удаляются от нуля, тем точнее устанавливается степень отклонения характера индивида.

В случае положительных значений шкалы, т. е. когда значения по шкале выше нуля, число правильных (совпадающих с экспертной оценкой) определений психопатий колеблется от 55 до 99% и в среднем составляет 61%.

Среди подростков, набравших по шкале более +30 баллов, имеет место уже 82% совпадений с экспертной оценкой случаев психопатий. Наконец, среди подростков, набравших +40 баллов и более, во всех 100% случаев имеет место совпадение с экспертной оценкой.

Примерно так же возрастает и точность диагностики шкалой акцентуаций характера. При отрицательных значениях оценки (0 и менее) имеет место в среднем 62% совпадений диагностического вывода об акцентуации по шкале с оценкой экспертов. При –30 баллах и ниже доля совпадений шкалы с заключениями экспертов составляет уже 84%. При суммарном балле –46 баллов и ниже совпадение имеет место во всех случаях.

Следовательно, разработанная шкала может быть использована также для установления степени отклонения характера при индивидуальном изучении подростка. В ходе комплексного исследования личности она указывает на то, в какой мере стиль ответов подростка в тесте ПДО похож на стиль ответов, характерный либо для психопатий, либо для акцентуаций характера. Это позволяет дополнять информацию о подростке и более точно диагностировать степень отклонения его характера.

Неблагоприятная этиологическая роль отклонений характера у подростков тесно взаимосвязана с дисфункцией семьи. При этом наблюдается не просто сложение нарушений: в подростковом возрасте семья выступает как один из важнейших факторов декомпенсации характерологического нарушения, что может вести к значительному усилению связанных с этим нарушением расстройств.

Личко, Эйдемиллер и Леонгард выявили наиболее неблагоприятные сочетания отклонений характера у подростков с типами патологизирующего семейного воспитания (Личко А. Е., 1976), (Эйдемиллер Э. Г., 1976, Leonhard K., 1981). Так, было показано, что гипопротекция (безнадзорность, недостаток опеки, контроля и истинного интереса родителей к подростку) особенно неблагоприятна при акцентуациях по гипертимному, неустойчивому и конформному типам. Доминирующая гиперпротекция (чрезмерная опека, мелочный контроль) наиболее травматична для гипертимных подростков и лиц с психастенической, сенситивной и астеноневротической акцентуациями. Воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция» (некритическое удовлетворение всех потребностей подростка и стремление освободить его от трудностей) наиболее травматично при демонстративно-гиперкомпенсаторный акцентуации, оказывает неблагоприятное действие на лабильную, гипертимную, реже интровертированную и инертно-импульсивную акцентуации). Эмоциональное отвержение (родители тяготятся подростком) создает психотравматизацию при лабильной, сенситивной и астенической акцентуациях. Условия повышенной моральной ответственности (на подростка возлагаются надежды, которые он не в силах оправдать, или обязанности, которые он не в состоянии выполнять) наносят травму при психастенической акцентуации (Личко А. Е., 1979).

Нарушения взаимоотношений родителей и подростка могут быть самой различной этиологии. Значительную роль играют ценностные ориентации семьи, недостаток педагогической культуры родителей, особенности их личности (Юстицкий В. В., 1977, 1982: Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987).

Семейные психотерапевты в первую очередь уделяют внимание тем нарушениям, которые связаны с неблагоприятными особенностями семьи. Это, в частности, нарушения семейных представлений, межличностной коммуникации в семье, механизмов семейной интеграции, ролевой структуры и т. д. Задача семейной психотерапии — установить, как проявляются семейные нарушения во взаимоотношениях подростка со взрослыми членами семьи.

Опишем наиболее часто наблюдавшиеся семейные нарушения, основываясь на собственном опыте семейной психотерапии подростков (всего 82 подростка и 132 члена их семей).

Нарушения семейных представлений и их проявления во взаимоотношениях родителей и подростков

В соответствующем разделе была рассмотрена роль семейных представлений в формировании различных сторон жизнедеятельности семьи. В ходе проведения семейной психотерапии нами были выявлены семейные представления родителей, которые сопоставлялись с реализуемым ими стилем воспитания. Особое внимание обращалось на связь между семейными представлениями (стимульной модели, модели накопления качеств, концепции злых сил) и нарушениями воспитательного процесса.

Наиболее частым источником психотравматизации оказалась модель взаимоотношений с подростками, которую можно было бы назвать «близорукой». Она представляет собой педагогическую разновидность стимульного семейного представления. Характерная черта «близорукого» представления родителей о характере подростка и о своих взаимоотношениях с ним, из которого они и исходят, строя эти взаимоотношения, — склонность учитывать только особенности сиюминутной ситуации.

При взаимоотношениях, которые строятся на «близоруком» представлении, родитель учитывает только непосредственные последствия своих поступков по отношению к подростку и не задумывается над более отдаленными. Наши наблюдения показывают, что такое представление встречается при различных нарушениях взаимоотношений родителей с подростком, однако особенно часто отмечается при гипертпротекции, потворствующей гиперпротекции и эмоциональном отвержении.

Необходимо подчеркнуть, что под «близоруким» представлением родителей о подростке и о взаимоотношениях с ним понимаются те психологические особенности и «очевидные» психологические истины, которыми родитель реально руководствуется, строя свои взаимоотношения с подростком, а не те, которые он провозглашает, например, в групповой дискуссии (мы наблюдали родителя с солидным педагогическим званием и обширными знаниями, который, однако, в своих повседневных взаимоотношениях с собственным сыном руководствовался именно «близорукой» моделью).

С «близорукой» моделью связан целый ряд отрицательных явлений в развитии и проявлении характерологических нарушений подростков. Рассмотрим один из них — условно названный нами «эффект самоусиления нарушения». Этот эффект возникает, если на сопротивление родителей неблагоприятным проявлениям характера подростка последний отвечает усилением этих проявлений.

Эпилептоидный подросток, сталкиваясь с сопротивлением своим притязаниям, отвечает на них, например, агрессивным взрывом и побуждает членов семьи отступить.

Истероидный подросток, столкнувшись с недоверием к демонстрации им роли больного, идет на усиление демонстрации и добивается своего. Неустойчивый подросток на попытки контролировать его поведение отвечает полным уходом из-под контроля.

Во всех случаях отмечается парадоксальное соотношение: нарушение характера порождает попытки корректирующего воздействия семьи, однако эти попытки приводят к обратному результату — дальнейшему усилению отклонения.

Во всех выявленных нами случаях «эффекта самоусиления нарушения» у подростка его родители в своих взаимоотношениях с ним руководствовались «близоруким» представлением. Это происходит, видимо, из-за того, что при данном типе представления весьма трудно учесть, что уступка поведет к дальнейшему закреплению и усилению негативных качеств. Есть основания предполагать, что «эффект самоусиления» играет немалую роль в возникновении психопатических развитий. Выявление описанного эффекта ставит перед подростковым семейным психиатром задачу — установить, какое семейное представление родителей вызывает «эффект самоусиления», обнаружить причины его устойчивости и принять меры по коррекции этого представления.

Нарушения структурно-ролевого аспекта жизнедеятельности семьи в подростковой клинике

Патологизирующие роли у членов семей, в частности у родителей, возникают под влиянием внутри- и межличностных конфликтных отношений, прослеживаемых в нескольких поколениях в дисфункциональных семьях. Эти конфликты, не будучи конструктивно разрешены, трансформируются в личностные установки, которые искажают процесс семейного воспитания, делая его патологизирующим.

Расширение сферы родительских чувств (РРЧ). Обусловливаемое ею нарушение воспитания — гиперпротекция подростка (потворствующая или доминирующая). Этот тип нарушения взаимоотношений с подростком возникает чаще всего тогда, когда супружеские взаимоотношения между родителями в силу каких-либо причин оказываются нарушенными (развод, смерть одного из родителей) или если отношения не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании (несоответствие характеров, эмоциональная холодность и т. д.). Нередко при этом мать или (реже) отец, сами того четко не осознавая, хотят, чтобы ребенок, а позже подросток, стал для них чем-то большим, чтобы он удовлетворил хотя бы отчасти потребности (во взаимной исключительной привязанности, иногда даже эротические), которые в нормальной семье удовлетворяются в психологических отношениях супругов. Мать нередко отказывается от вполне реальных возможностей повторного замужества. Появляется стремление отдать подростку (причем, как правило, противоположного пола) «все чувства», «всю любовь». В детстве стимулируется эротическое отношение к родителям — ревность, детская влюбленность. Когда сын или дочь достигают подросткового возраста, у родителя возникает страх (нередко весьма интенсивный) перед их самостоятельностью. Появляется желание удержать их с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции. Как правило, сами родители не осознают своего стремления к расширению сферы родительских чувств и соответственно к изменению роли подростка. Они проявляют его лишь косвенно: например, когда мать говорит о том, что ей никто не нужен, кроме сына, и противопоставляет идеализированные отношения с сыном не удовлетворяющим ее отношениям с мужем. Иногда такие матери осознают свою ревность к подругам сына, хотя чаще проявляют ее в виде многочисленных придирок к ним.

Отцы — обладатели установки РРЧ испытывали неудовлетворенность супружескими отношениями. Девочки, достигшие подросткового возраста, часто бессознательно вступали в соревнование с матерями. Они демонстрировали красоту юных лиц и тел. Отцы делали выбор в пользу дочерей, воспринимая их как своеобразных «платонических жен».

Предпочтение в подростке детских качеств (ПДК) — создание роли «маленького ребенка». Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция. В этом случае наблюдается стремление игнорировать взросление детей, стимулировать сохранение у них таких детских качеств, как непосредственность, наивность, игривость. Для таких родителей подросток все еще «маленький». Нередко они открыто признают, что маленькие дети им вообще нравятся больше, что с большими уже не так интересно. Страх или нежелание взросления детей могут быть связаны с особенностями биографии самого родителя (он имел млад-

шего брата или сестру, на которых переместилась любовь его родителей, в связи с чем свое взросление он воспринимал как несчастье).

Рассматривая подростка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию, стимулируя тем самым развитие психического инфантилизма.

Проекция на подростка собственных нежелаемых качеств (ПНК). Обусловливаемые нарушения воспитания — эмоциональное отвержение, жестокое обращение. Причиной такого воспитания нередко бывает то, что в подростке родитель как бы видит те черты характера, которые чувствует, но не хочет признать в самом себе. Это может быть агрессивность, склонность к лени, влечение к алкоголю, негативизм, несдержанность. Ведя борьбу с этими (реальными или мнимыми) качествами подростка, родитель (чаще всего отец) извлекает из этого эмоциональную выгоду для себя. Он при этом нередко навязывает подростку роль «неисправимого», «хулигана», «психа», «недотепы» и т. д. Борьба с нежелаемыми истинными или воображаемыми качествами подростка помогает отцу верить, что у него самого этих качеств нет. Такие родители много и охотно говорят о своей непримиримой и постоянной борьбе с отрицательными чертами и слабостями подростка, о наказаниях, которые они применяют. В то же время в их высказываниях сквозит уверенность, что это не поможет, так как подросток «по натуре» такой. Нередки инквизиторские интонации при разговоре о подростке с характерным стремлением в любом поступке выявить «истинную», т. е. дурную, причину.

Нарушения механизмов интеграции семьи в подростковой клинике

В главе 2 было показано значение механизмов интеграции семьи, в частности отношений симпатии между ее членами.

Эти отношения играют огромную роль в воспитательном процессе. Воспитание — нелегкий труд, который в значительной мере обусловлен родительской любовью, тем, что благо ребенка для родителей нередко более важно, чем свое собственное. Нарушение отношений симпатии (любви, привязанности) у родителей влечет за собой значительные неблагоприятные последствия. Опишем два нарушения, встречавшихся нам наиболее часто при семейной психотерапии подростков.

Неразвитость родительских чувств (НРЧ). Обусловливаемые ею нарушения воспитания — гипопротекция, эмоциональное отвержение, жестокое обращение.

Слабость, неразвитость родительских чувств нередко встречаются у родителей подростков с отклонениями характера. Внешне они проявляются в том, что родители не желают иметь дело с подростком, плохо переносят его общество, проявляют исключительно поверхностный интерес к его делам.

Причиной неразвитости родительских чувств могут быть особенности характера родителя, например выраженная шизоидность, или то, что сам родитель в детстве был отвергнут своими родителями, что он в свое время не испытал родительского тепла. Замечено, что у очень молодых родителей родительские чувства значительно слабее, что они имеют тенденцию усиливаться с возрастом (пример

тому — любящие бабушки и дедушки). Типичные высказывания родителей содержат жалобы на то, насколько утомительны родительские обязанности, сожаление, что эти обязанности отрывают их от чего-то более важного и интересного. Для женщин с неразвитым родительским чувством характерны эмансипационные устремления и желание любым путем «устроить свою жизнь».

При относительно благоприятных условиях жизни семьи НРЧ обусловливает отношение к подростку типа гиперпротекции и особенно — эмоционального отвержения. При трудных, напряженных, конфликтных отношениях в семье на подростка часто перекладывается значительная часть родительских обязанностей — тип воспитания «повышенная моральная ответственность» — либо возникает раздражительно-враждебное отношение к подростку.

Сдвиг в установках родителя по отношению к подростку в зависимости от его (подростка) пола. Это предпочтение мужских (ПМК) или женских (ПЖК) качеств.

Обусловливаемые нарушения во взаимоотношениях с подростком — потворствующая гиперпротекция, эмоциональное отвержение.

Нередко отношение к подростку со стороны родителя обусловливается не реальными чертами подростка, а теми, которые родитель приписывает его полу — «вообще мужчинам» или «вообще женщинам». Так, при наличии предпочтения женских качеств наблюдается неосознаваемое неприятие подростка мужского пола. В таком случае приходится сталкиваться со стереотипными отрицательными высказываниями, суждениями о мужчинах вообще: «Мужчины в основном грубы и неопрятны. Они легко поддаются животным побуждениям, агрессивны и чрезмерно сексуальны, склонны к алкоголизму. Любой же человек, будь то мужчина или женщина, должен стремиться к противоположным качествам — быть нежным, деликатным, опрятным, сдержанным в своих чувствах».

Именно такие качества родитель с ПЖК видит в женщинах. Примером проявления ПЖК может служить отец, который видит массу недостатков в характере сына и считает, что все его сверстники такие же. В то же время отец находит в младшей сестре подростка разнообразные достоинства. Под влиянием ПЖК в отношении подростка мужского пола в данном случае формируется тип воспитания «эмоциональное отвержение».

Возможен и противоположный вариант — с выраженной антифеминистской установкой, с пренебрежением к матери подростка, к его сестре. В этих условиях в отношении самого подростка мужского пола может сформироваться воспитание по типу «потворствующая гиперпротекция».

Нарушение системы взаимного влияния членов семьи

Формирование семейных взаимоотношений происходит успешно, если каждый член семьи способен повлиять на других, на их поведение, на их мнения по самым различным вопросам. Особенно существенно влияние родителей на подростка; его наличие — важная предпосылка осуществления социального контроля его поведения со стороны семьи.

В своей практике мы наблюдали следующие нарушения влияния родителей на подростка.

Воспитательная неуверенность родителя (ВН). Обусловливаемое нарушение воспитания — потворствующая гиперпротекция либо пониженный уровень тре-

бований к подростку. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между родителями и подростком в пользу последнего. Родитель «идет на поводу» у подростка, уступает даже в тех вопросах, в которых уступать, по его мнению, никак нельзя. Это происходит потому, что подросток сумел найти к своему родителю подход, нащупал его «слабое место» и добивается для себя положения «минимум требований — максимум прав». Типичная комбинация в такой семье — бойкий, уверенный в себе подросток, смело предъявляющий требования, и нерешительный, обвиняющий себя во всех неудачах с подростком родитель.

В одних случаях «слабое место» обусловлено психастеническими чертами родителя, в других определенную роль в формировании этой особенности могли сыграть его отношения с собственными родителями.

В определенных условиях дети, которых воспитывали требовательные, эгоцентричные родители, став взрослыми, видят в своих собственных детях ту же требовательность и эгоцентричность, испытывают по отношению к ним то же чувство «неоплатного должника», какое испытывали ранее по отношению к своим родителям. Характерная черта в их высказываниях — признание ими массы ошибок, совершенных в воспитании. Они боятся упрямства, сопротивления своих детей и находят довольно много поводов уступать им.

Фобия утраты ребенка (ФУ). Обусловливаемое нарушение отношений с подростком — потворствующая или доминирующая гиперпротекция. «Слабое место» — неуверенность, боязнь ошибиться, преувеличение представления о хрупкости ребенка, его болезненности, беззащитности и т. д.

Иногда источник таких переживаний родителей коренится в истории появления ребенка на свет — его долго ждали, обращения к врачам успеха не приносили, ребенок родился хилым и болезненным, с большим трудом удалось его выходить и т. д.

Иногда отношение родителей к подростку формировалось под воздействием страха его потерять, так как он тяжело болел, особенно если болезнь его была длительной. Этот страх заставляет одних родителей тревожно прислушиваться к любому пожеланию ребенка и спешить удовлетворить его (потворствующая гиперпротекция), в других — мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция).

В типичных высказываниях родителей в ходе семейной психотерапии отражена их ипохондрическая боязнь за ребенка. Они находят у него множество болезненных проявлений; у них свежи воспоминания о прошлых, даже отдаленных по времени, переживаниях по поводу здоровья подростка.

Диагностика нарушений во взаимоотношениях подростка с родителями и их причин

Установление самих нарушений и их причин осуществляется в ходе всестороннего обследования семьи. Определенную помощь в решении тех же задач может оказать разработанный нами опросник АСВ («Анализ семейных взаимоотношений») (см. приложение 11).

Опросник содержит, во-первых, специальные шкалы для выявления различных отклонений в отношениях родителей к детям. Это повышенный контроль за подростком (шкала Г+); явный недостаток его (Г–); чрезмерный (У+) и явно не-

достаточный (У–) уровни удовлетворения потребностей подростка, чрезмерность количества и трудности обязанностей у подростка (Т–1–) и, напротив, их недостаточность (Т–); чрезмерность запретов по отношению к подростку (З+) и их недостаточность (З–); чрезмерная (С+) и явно недостаточная (С–) строгость наказаний подростка за нарушение требований. Во-вторых, опросник дает возможность выявить причины нарушений, которые были описаны выше, а именно: расширения сферы родительских чувств (шкала РРЧ), предпочтение в подростке детских качеств (шкала ПДК) и др.

Приводим более подробную характеристику вышеперечисленных шкал опросника АСВ.

Ранее в литературе были подробно рассмотрены такие виды отклонений в воспитании детей, как гипо- и гиперпротекция, эмоциональное отвержение. Психологическая методика для определения этих видов разработана нами впервые.

Рассмотрим особенности воспитания, учет которых наиболее важен при изучении этиологии непсихотических патологических нарушений поведения и отклонения личности детей и подростков.

Уровень протекции в процессе воспитания

Речь идет о том, сколько сил, внимания, времени уделяют родители воспитанию ребенка. Наблюдается два уровня протекции: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция).

Гиперпротекция (шкала Г+). При гиперпротекции родители уделяют ребенку крайне много времени, сил и внимания, его воспитание становится главным делом их жизни. Типичные высказывания таких родителей использованы при разработке настоящей шкалы.

Гипопротекция (шкала Г–). Ситуация, при которой ребенок или подросток оказывается на периферии внимания родителей, до него «не доходят руки», родителям «не до него»; за воспитание ребенка родители берутся лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.

Степень удовлетворения потребностей ребенка

Необходимо иметь представление о том, в какой мере деятельность родителей нацелена на удовлетворение потребностей ребенка — как материально-бытовых (в питании, одежде, предметах развлечения), так и духовных (прежде всего в общении с родителями, в их любви и протекции). Эта характеристика семейного воспитания отличается от уровня протекции, поскольку описывает не меру занятости родителей воспитанием ребенка, а степень удовлетворения его потребностей. Например, «спартанское воспитание» является примером высокого уровня протекции, поскольку родитель много занимается воспитанием, и низкого уровня удовлетворения потребностей ребенка.

В степени удовлетворения потребностей возможны два отклонения — потворствование и игнорирование потребностей ребенка.

Потворствование (шкала У+). О потворствовании мы говорим в тех случаях, когда родители стремятся к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка или подростка. Они балуют его, любое его желание — для них закон. Объясняя необходимость такого воспитания, родители приводят аргументы, являющиеся типичной рационализацией, — слабость ребенка;

его исключительность; желание дать ему то, чего были лишены в свое время родители; то, что ребенок растет без отца и т. д. Типичные высказывания приведены в шкале У+. При потворствовании родители бессознательно проецируют на детей свои ранее неудовлетворенные потребности и ищут способ заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий.

Игнорирование потребностей ребенка (шкала У–). Данный стиль воспитания противоположен потворствованию и характеризуется недостаточным стремлением родителя к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще страдают при этом духовные потребности, особенно потребность в эмоциональном контакте, в общении с родителями.

Количество и качество требований, запретов и санкций к ребенку в семье

Требования к ребенку — неотъемлемая часть воспитательного процесса. В него включены, во-первых, обязанности ребенка — учеба, уход за собой, участие в организации быта, помощь другим членам семьи; во-вторых, запреты — то, чего ребенок не должен делать. Наконец, невыполнение ребенком требований может повлечь применение санкций — от мягкого осуждения до суровых наказаний.

Формы нарушений системы требований к ребенку различны, поэтому высказывания родителей, отражающие их, представлены целым рядом шкал: Т+, Т–, З+, З–, С+, С–.

Чрезмерность требований-обязанностей (шкала Т+) лежит в основе типа негармоничного воспитания «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку в этом случае очень велики, непомерны, не соответствуют его возможностям и не только не содействуют полноценному развитию его личности, но, напротив, увеличивают риск психической травматизации.

Недостаточность требований-обязанностей ребенка (шкала Т–). В этом случае ребенок имеет минимальное количество обязанностей в семье, проблема проявляется в высказываниях родителей о том, как трудно привлечь ребенка к какому-либо делу по дому.

Требования-запреты определяют прежде всего степень самостоятельности ребенка, наличие у него возможности самому выбирать способ поведения. И здесь возможны две степени отклонения: чрезмерность и недостаточность требований-запретов.

Чрезмерность требований-запретов к ребенку (шкала З+) может лежать в основе типа негармоничного воспитания «доминирующая гиперпротекция». В этой ситуации ребенку «ничего нельзя», ему предъявляется огромное количество требований, ограничивающих его свободу и самостоятельность. У стеничных детей и подростков такое воспитание форсирует возникновение реакций оппозиции и эмансипации, у менее стеничных предопределяет развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации. Типичные высказывания родителей отражают их страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка, этот страх проявляется в резком преувеличении негативых последствий даже незначительного нарушения запретов, а также в стремлении подавить самостоятельность мысли ребенка.

Недостаточность требований-запретов к ребенку (шкала З–). В этом случае ребенку «все можно». Даже если и существуют какие-либо запреты, ребенок или

подросток легко их нарушает, зная, что с него никто не спросит. Он сам определяет круг своих друзей, время еды, прогулок, свои занятия, время возвращения вечером, вопрос о курении и об употреблении спиртных напитков. Он не отчитывается перед родителями, которые не хотят или не могут установить какие-либо границы его поведения. Данное воспитание стимулирует развитие гипертимного и неустойчивого типа личности у подростка.

Чрезмерность санкций (тип воспитания «жестокое обращение»). Для этих родителей характерна приверженность к применению строгих наказаний, чрезмерное реагирование даже на незначительные нарушения поведения. Типичные высказывания родителей отражают их убеждение в полезности для детей и подростков максимальной строгости (шкала С+).

Минимальность санкций (шкала С–). Эти родители предпочитают обходиться либо вовсе без наказаний, либо применяют их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаясь в результативности любых наказаний.

Типы патологизирующего семейного воспитания

Неустойчивость стиля воспитания (шкала Н) — резкая смена стиля, переход от очень строгого к либеральному и обратно, переход от значительного внимания к ребенку к эмоциональному отвержению его родителями. Неустойчивость внимания, по мнению К. Леонгарда, содействует формированию таких черт характера, как упрямство, склонность противостоять любому авторитету, и нередко встречается в семьях детей и подростков с отклонениями характера. Родители, как правило, признают факт незначительных колебаний в воспитании ребенка, однако недооценивают размах и частоту этих колебаний.

Сочетание различных отклонений в воспитании. Возможно достаточно большое количество сочетаний перечисленных черт семейного воспитания. Однако особенно важное значение с точки зрения анализа причин отклонений характера, а также возникновения непсихотических психогенных нарушений поведения, неврозов и неврозоподобных состояний имеют устойчивые сочетания (табл. 21).

Устойчивые сочетания различных черт воспитания представляют собой тип негармоничного воспитания. Классификация типов негармоничного воспитания также дана в табл. 21.

Потворствующая гиперпротекция (сочетание черт, отраженных в шкалах Г+, У+, при Т, З, С). Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных) и гипертимных черт личности у подростка.

Доминирующая гиперпротекция (Г+, Ус , Тс, Зс, Сс). Ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. У гипертимных подростков такие запреты усиливают реакцию эмансипации и обусловливают острые аффективные реакции «экстрапунитивного» типа. При тревожно-мнительном (психастеническом), сенситивном, астеническом типах акцентуаций личности доминирующая гипопротекция усиливает астенические черты.

Повышенная моральная ответственность (Г+, У–, Т+). Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вни-

манием к его потребностям. Стимулирует развитие черт тревожно-мнительной (психастенической) акцентуации личности.

Таблица 21

Дагностика типов негармоничного семейного воспитания

Тип воспитания		Выраженность черт воспитательного процесса			
Протекция	Уровень протекции	Полнота удовлетворения потребностей	Степень предъявления требований	Степень запретов	Строгость санкций
	П(Г+,Г–)	У	Т	З	С
Потворствующая гиперпротекция	+	+	–	–	–
Доминирующая гиперпротекция	+	±	±	+	±
Повышенная моральная ответственность	+	–	+	±	±
Эмоциональное отвержение	–	–	±	±	±
Жестокое обращение	–	–	±	±	+
Гипопротекция	–	–	–	–	±

Примечание. «+» означает чрезмерную выраженность соответствующей черты воспитания; «—» означает недостаточную выраженность; «±»означает, что при данном типе воспитания возможны как чрезмерность, так и недостаточность или невыраженность.

Эмоциональное отвержение (Г–, У–, Тс, Зс, Сс). Крайний вариант этого типа — воспитание по типу «Золушки». В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое, а чаще неосознаваемое отождествление ребенка с какими-либо отрицательными моментами в жизни родителей. Ребенок ощущает себя помехой в жизни родителей, устанавливающих большую дистанцию в отношениях с ним. Эмоциональное отвержение формирует и усиливает черты инертно-импульсивной (эпилептоидной) акцентуаций личности и эпилептоидной психопатии, ведет к декомпенсации и формированию невротических расстройств у подростков с эмоционально-лабильной и астенической акцентуациями.

При жестоком обращении родителей с детьми (Г–, У–, Тс, Зс, С+) на первый план выходит эмоциональное отвержение, которое проявляется в том, что потребности детей не удовлетворяются, их лишают удовольствий, наказывают, избивая и истязая.

Гипопротекция (гипоопека — Г, У, Т, З, Сс). Ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Такое воспитание особенно неблагоприятно при акцентуациях гипертимного и неустойчивого типов.

Организация семейной психотерапии подростка подробно описана нами в другой работе (Эйдемиллер Э. Г., 1980, 1994). Отметим лишь, что в семейной подростковой психотерапии необходимо учитывать особенности психотерапии как под-

ростков (Личко А. Е., 1979; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1983, 1987), так и взрослых, при том что сам процесс семейной психотерапии подростками и их родителями рассматривается (особенно на начальном этапе) в контексте семейных взаимоотношений.

Тактика семейной психотерапии больных с акцентуациями и расстройствами личности (психопатиями)

Тщательное изучение семейного анамнеза позволяет обнаружить, что часто конфликтную, напряженную атмосферу создает кто-либо из членов семьи. В таких ситуациях задачей психотерапевта становится поиск способов ликвидации последствий этого патогенного воздействия, возможной его нейтрализации, переориентации семейных отношений на другого члена семьи, способного к положительному доминированию в семье. Нередко в случаях выраженной деструкции семьи, тяжелых конфликтов или психопатического поведения членов семьи, граничащего с нарушением правопорядка, семейная терапия оказывается безуспешной.

История болезни братьев Г. Борис, 15 лет, учащийся 8-го класса школы, и Анатолий, 18 лет, студент технического вуза, находились на стационарном лечении в 3-й психиатрической больнице г. Ленинграда в ноябре—январе 1971–1972 гг.

Наследственность отягощена по материнской линии: дядя страдал хроническим алкоголизмом, обнаруживая черты истероидной психопатии, кончил жизнь самоубийством в состоянии алкогольного опьянения.

Мать: 43 года, водитель трамвая, по характеру властная, вспыльчивая, раздражительная, своим поведением стремится обратить на себя внимание окружающих, ярко и броско одевается, после операции по поводу опухоли грудной железы дает аффективные срывы (психопатизация личности по истерическому и астеническому типам — «И» (Д-Г) и «А»).

Отец: 46 лет, по профессии инженер, по характеру обстоятельный, аккуратный, педантичный, конформный (акцентуация по инертно-импульсивному и конформному типам — «Э» и «К»). В вопросах воспитания детей целиком полагается на жену, занимает зависимое от нее положение, старается угождать ей.

Старший брат, Анатолий, вторая беременность матери протекала нормально. Раннее развитие без особенностей. Рос баловнем матери («мною восхищались как красивой игрушкой, одевали так, чтобы вызвать зависть и восторг знакомых»). Воспитание по типу «потворствующей гиперпротекции». С детских лет отличался капризностью, упрямством, лживостью. В школе учился неровно. Получал неудовлетворительные оценки, подделывал записи учителей и оценки в дневнике, прогуливал занятия. За это жестоко наказывался матерью или отцом по ее просьбе. Значительно скомпенсировался, учась в 9–10 классах, школу закончил успешно, поступил в институт.

За год до госпитализации познакомился с девушкой, на которой мечтал жениться, проводил с ней все свободное время, стал плохо заниматься в институте, связался с компанией спекулянтов вещами. Мать, привыкшая распоряжаться поступками сына, откровенно ревновала его к избраннице, пыталась расстроить их

роман. После многочисленных скандалов с матерью ушел из дома, стал жить в студенческом общежитии, в квартирах приятелей.

Младший брат, третья беременность матери протекала с токсикозом. Рос болезненным, слабым. Часто болел пневмониями, сопровождавшимися снижением настроения и безучастностью к окружающему. С детства отличался колебаниями настроения, зависящими от незначительных внешних причин. Был тихим, замкнутым, тонко чувствующим. Мать серьезного внимания на него не обращала, поскольку целиком посвятила себя воспитанию старшего сына. В беседе с врачом призналась, что никогда не любила младшего, не хотела его появления на свет. Беременность сохранила лишь по горячему настоянию мужа (воспитание по типу «отвергание»).

Младший брат чрезвычайно привязан к старшему, любит его, болезненно переживает его неудачи. За месяц до госпитализации после ухода старшего брата из семьи состояние Бориса ухудшилось — снизилось настроение, он стал вялым, необщительным, снизилась успеваемость в школе. Пытался вернуть брата, упрашивал его помириться с матерью, с этими же просьбами обращался к родителям. Обиженный отцом (который обругал его за плохие оценки в школе, впервые в жизни ударил), с целью самоубийства поздно вечером, когда родители уснули, принял 20 таблеток димедрола, так как помнил, что однажды в детстве от одной таблетки димедрола получил тяжелый анафилактический шок, от которого едва не погиб. После дезинтоксикационных мероприятий в Центре по борьбе с отравлениями был переведен в психиатрическое отделение.

В психическом статусе — черты эмоционально-лабильной личности с легкими циклоидными изменениями аффекта («лабильный циклоид» по Личко А. Е. и Озерецковскому С. Д., 1972).

Через неделю в психиатрическое отделение поступил после незавершенной суицидной попытки старший брат Анатолий.

Последний месяц он жил то в общежитии, то у друзей. Мать приходила к нему, уговаривала вернуться домой, устраивала публичные скандалы. Сильно переживал, узнав о суицидной попытке брата. Во время очередного скандала мать заявила: «Ты — убийца Бориса». В компании друзей в состоянии легкого алкогольного опьянения внезапно решил, что жизнь потеряла всякий смысл. Пытался повеситься в присутствии приятелей — попытка носила явно демонстративный характер.

В психическом статусе Анатолия — черты неустойчивости, истероидности. Интересы сконцентрированы на развлечениях, беззаботном отдыхе. Стремится произвести выгодное впечатление на врачей, не прочь прихвастнуть, солгать, выставить себя в лучшем свете.

Диагноз Бориса Г.: реактивное состояние на фоне акцентуации личности по эмоционально-лабильному и циклоидному типам.

Диагноз Анатолия Г.: острая аффективная реакция психопатической личности истероидно-неустойчивого типа.

Результаты психологических исследований

I. Анатолий Г.

1. Самооценка: по СШ ПДО — черты эмоциональной лабильности и повышенной конформности («Л» и «К»); по ОШ ПДО — эпилептоидные, циклоидные и психастенические черты.

В теме № 10 опросника ПДО «Отношение к родителям» выбраны «за» ответ № 21 «Мои родители меня не понимают и кажутся мне чужими», а «против» — № 1 «Очень боюсь остаться без родителей» и № 13 «Я считаю себя виноватым перед ними», выявившие глубокое недовольство подростка вмешательством родителей в его личную жизнь и потребность в эмансипации от родительского контроля.

2. Подросток оценивает мать: по СШ ПДО-2 выявлены эмоционально-лабильные черты и отчасти черты астеноневротического типа (частичное совпадение с эталонной оценкой).

По СХП выбраны портреты с описаниями астеноневротического характера, в меньшей степени подходящим названо описание истерического характера (совпадение с эталонной оценкой).

В теме № 10 «Подросток оценивает отношение матери к нему самому» выбран «за» ответ № 11 «Она думает, что я ее не понимаю, относится ко мне как к чужому», а «против» — ответ № 7 «Она очень гордится моими способностями и талантами и поэтому балует меня».

В теме № 24 «Подросток оценивает отношение матери к отцу» выбран «за» ответ № 5 «Легко раздражается, кричит на отца, потом, бывает, сама раскаивается».

3. Подросток оценивает отца: по СШ ПДО-2 и по СХП определены конформный характер (частичное совпадение с эталонной оценкой).

В теме № 10 «Подросток оценивает отношение отца к нему самому» выбран «за» ответ № 2 «Всегда повторяет, что старается воспитать меня полезным членом общества», а «против» — «Он думает, что я его не понимаю, относится ко мне как к чужому».

В теме № 24 «Подросток оценивает отношение отца к матери» в качестве подходящего выбран ответ «Легко ссорится с матерью, иногда по незначительному поводу, но легко примиряется», в качестве неподходящего — «Целиком подчинил мать своей власти и делает ее послушным исполнителем своих желаний»

4. Мать оценивает подростка: по СШ ПДО-2 определились черты гипертимности и неустойчивости (частичное совпадение с эталонной оценкой).

В теме № 10 «Мать оценивает отношение подростка к родителям» фигурирует выбранный «за» ответ № 11 «Считает, что мы его слишком притесняли и во всем навязывали свою волю», «против» — ответ № 10 «Упрекает себя за то, что недостаточно сильно любит родителей».

5. Отец оценивает подростка: от заполнения ПДО-2 на своего сына отец отказался. Из СХП выбрал описание гипертимного и неустойчивого характера (частичное совпадение с эталонной оценкой).

II. Борис Г.

1. Самооценка подростка: по СШ ПДО определены циклоидные и эмоционально-лабильные черты; по ОШ ПДО — черты эмоционально-лабильного характера (полное совпадение с эталонной оценкой).

В теме № 10 «Отношение к родителям» как наиболее подходящий был выбран ответ № 3 «Люблю и привязан, но, бывает, сильно обижаюсь и даже ссорюсь» и как наиболее отвергаемый — ответ № 5 «Мои родители не дали мне того, что необходимо в жизни».

2. Подросток оценивает мать: по СШ ПДО-2 выявлен астенический характерологический тип «А» (соответствие эталонной оценке), по СХП — эмоционально-лабильный характер (несоответствие эталонной оценке).

В теме № 10 «Подросток оценивает отношение матери к нему самому» выбран «за» ответ № 3 «Любит меня, но старается навязать свою волю», в теме № 24 «Подросток оценивает отношение матери к отцу» выбран «за» ответ № 7 «Легко ссорится с отцом, иногда по незначительному поводу, но легко примиряется». Такой же выбор сделал и старший брат. Следует учесть то обстоятельство, что братья находились на разных отделениях и друг с другом не виделись.

3. Подросток оценивает отца: по СШ ПДО-2 выявлены только конформные черты характера (частичное совпадение с эталонной оценкой).

В темах № 10 и № 24 сделан выбор, аналогичный выбору в отношении матери.

4. Мать оценивает подростка: по СШ ПДО определены циклоидные («Ц») и эмоционально-лабильные черты («Л»), по СХП — «Ц» (полное совпадение с эталонной оценкой).

В теме № 10 «Мать оценивает отношение подростка к родителям» выбран «за» ответ № 3 «Любит и привязан, но, бывает, сильно обижается и даже ссорится» (точно так же определил свое отношение к родителям и сам подросток).

5. Отец оценивает подростка: эта психологическая процедура осуществлялась с помощью СХП ввиду отказа заполнить ПДО-2.

Была выбрана карточка с описанием эмоционально-лабильного характера (полное совпадение с эталонной системой).

Приведенные истории болезни иллюстрируют сложившиеся в этой семье взаимоотношения родителей («негармоничная семья»), различия в воспитании старшего брата («потворствующая гиперпротекция») и младшего брата («отвергание»), выразившиеся в формировании у одного истерических и неустойчивых черт характера, а у другого — выраженных эмоционально-лабильных черт в рамках акцентуации характера.

Несовпадение во взаимных оценках родителей и подростков (больше в случае Анатолия Г.) явилось отражением конфликтных взаимоотношений в семье.

Анализ случая и тактика психотерапевта

Источник напряженной конфликтной атмосферы в доме — мать, которая не может смириться с тем, что старший сын ускользает из-под ее опеки. Побудительные мотивы поступков матери — ревность, стремление контролировать поведение старшего сына, которое наталкивается на выраженное сопротивление, свидетельство чему — уход Анатолия из дома. Конфликтные взаимоотношения между матерью и отцом, с одной стороны, и старшим братом — с другой, создают в семье ситуацию постоянно неразрешенной тревоги. Младший, сочувствующий и родителям и брату, оказывается в такой ситуации, в которой чрезвычайно трудно принять адекватное решение. С детства отличающийся лабильностью аффекта, склонностью к депрессивным проявлениям, он в состоянии выраженной депрессии находит выход из сложившейся ситуации в суицидной попытке. Суицид старшего брата носил демонстративный характер.

Из психофармакологических препаратов младший брат принимал триптизол, старший — элениум. Обследование семьи проводилось несколькими врачами, каждый поочередно знакомился с родителями, с больными. Младший сын охотно встречался с отцом, матерью, братом, легко вступал в беседу с врачами, переживал случившееся, просил врача помирить родителей и брата. Старший сын от свиданий с родителями категорически отказался, в дальнейшем сделал исключение для отца. К младшему относился с большой теплотой и нежностью. Эти об-

стоятельства были использованы врачами при планировании психотерапевтического вмешательства. Решено было нейтрализовать патогенный семейный фокус (мать) путем активизации положительного семейного фокуса (отца). Врачи разъяснили членам семьи причины и сущность их конфликтных взаимоотношений; указали на неэффективность удаленной позиции отца в вопросах воспитания, так как авторитет отца в семье высок (единодушное мнение всех членов семьи). Были даны практические советы по реконструкции семейной жизни: более критическое и жесткое регламентирование поведения жены, активное участие мужа в семейных делах. В индивидуальных беседах с больными выяснилось, что при такой ситуации старший брат не возражал бы против возвращения в семью, а для младшего таким образом конфликтная ситуация разрешилась бы.

Процесс семейной психотерапии был сильно искажен из-за неконтролируемого эмоционального вмешательства старшей коллеги Э. Г. Эйдемиллера. Она во время сеанса семейной психотерапии набросилась на мать с обвинениями, что «она — плохая мать, что она довела старшего сына до дискомфорта и бродяжничества, а это в свою очередь способствовало суициду младшего сына». Мать заплакала, дети смущенно замолчали, а отец сделал вид, что ничего не происходит. Психотерапевту пришлось приложить все усилия, чтобы деликатно удалить коллегу, а потом утешать вместе с членами семьи фрустрированную мать.

Последующий анализ ситуации показал, что старшая коллега Э. Г. Эйдемиллера спроецировала на эту семью собственные неосознаваемые переживания, связанные с оппозиционным поведением старшего сына и зависимым поведением младшего.

Катамнез через 5 лет. Младший брат окончил школу, учится в институте. Жалоб не предъявляет, снят с учета в ПНД. Анатолий оставил институт, работает, обнаруживает аффектную нестабильность, алкоголизируется. Отношения супругов ровные, доверительные.

Семейная психотерапия при зависимостях

По мнению А. Ю. Егорова, аддиктивные расстройства, в которые входят химические, нехимические и пищевые формы зависимостей, характеризуются шестью основными признаками (Егоров А. Ю., 2007):

1) зависимость, имеющая сверхценный характер;
2) изменение настроения;
3) рост толерантности;
4) симптомы отмены;
5) конфликт с самим собой и окружающими;
6) рецидивы.

Эти расстройства, вкючая нехимические зависимости, имеют во многом общие этиопатогенетические механизмы, которые объясняют столь высокую коморбидность аддикций между собой.

Помимо зависимости от психически активных веществ (ПАВ), включая алкоголь, наркотические вещества, другие токсикоманические вещества, А. Ю. Егоров (2007) выделяет нехимические формы зависимости:

1) патологическое влечение к азартным играм (гемблинг);
2) эротические аддикции;
3) «социально приемлемые» аддикции;
4) технологические аддикции;
5) пищевые аддикции.

В настоящее время алкоголизм и другие виды аддикций являются наиболее актуальной проблемой населения России.

Алкоголизм. Рассмотрим на примере алкоголизма основные механизмы этиопатогенеза аддикций.

Патологическое влечение к алкоголю является стержневым расстройством в совокупности клинических и личностно-психологических нарушений у больных алкоголизмом на всех этапах течения заболевания (Бокий И. В., Цыцарев С. В., 1987, 1995).

Алкогольное поведение определяется двумя тесно связанными между собой системами — биологической (действие алкоголя на организм и формирование наркотического синдрома) и социальной, раскрывающей нормативно-ценностную сторону такого поведения.

И. В. Бокий и С. В. Цыцарев (1987) предложили классификацию ведущих мотивов и способов удовлетворения потребностей, которые определяют содержательную сторону влечения к алкоголю. Влечение к алкоголю, в том числе и патологическое, выступает как средство:

1) редукции напряжения;
2) изменения аффективного состояния;
3) получения удовлетворения;
4) повышения самооценки и самоуважения;
5) компенсации;
6) общения — коммуникации.

Кроме того, влечение к алкоголю выступает как результат научения и подражания, как средство межличностной защиты — манипуляции.

Согласно одной из наиболее распространенных в зарубежной наркологии концепции психогенеза алкоголизма (Reichelt-Nauseef S., Hedder C., 1985), алкоголизм понимается не как патология индивидуума, а как результат взаимодействия между всеми членами семьи или как часть функционирования структуры семьи, направленной на сохранение семейного гомеостаза. По мнению Штейнгласса, потребление алкоголя играет центральную роль в жизни семьи, поэтому он оказывает большое влияние на манеру поведения ее членов при взаимодействии (Steinglass P., 1983).

Члены семьи обнаруживали различное эмоциональное поведение в разных ситуациях: в период алкогольной интоксикации больного и в период его трезвого поведения. Д. Дэвис и соавторы (1974) приводят пример семьи, члены которой в первом случае производили впечатление людей живых, веселых, склонных к шуткам, ярким проявлениям эмоций; во втором — обнаруживали сдержанность, монотонность и невыразительность в эмоциональных коммуникациях. Авторами был сделан вывод, что злоупотребление алкоголем выполняет функцию регуля-

ции эмоционального климата в семье — члены семьи сознательно или чаще всего неосознанно поддерживают потребление алкоголя их родственником.

Дети и супруги больных алкоголизмом называли и положительные последствия злоупотребления алкоголем — большую сплоченность семьи, усиление контактов с родительскими семьями («горе сближает»), внимание друг к другу, сопровождаемые усилением эмпатии и эмоций (Reichelt-Nauseef S., Hedder C., 1985). В связи с этим становится понятным, что семейный фактор — условия неправильного воспитания в родительской семье и сложившийся в ней стиль коммуникаций, а также характер взаимоотношений в супружеской семье больных алкоголизмом — оказывает большое влияние на формирование и поддержание патологического влечения к алкоголю на психологическом уровне.

Как показывает наш опыт работы с семьями больных алкоголизмом, такие лежащие в основе патологического влечения к алкоголю мотивы, как использование его в качестве средства повышения самооценки, компенсации каких-либо недостающих форм или способов удовлетворения потребностей, «общения — коммуникации», межличностной защиты — манипуляции, формируются в основном в результате неправильного семейного воспитания — по типу явного и скрытого эмоционального отвержения, гипопротекции (Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1987).

Появление или усиление у части супругов больных алкоголизмом в период ремиссии невротических симптомов подтверждает высказанное положение. Следует признать, как это сделала Т. Г. Рыбакова (1980), что декомпенсация психического состояния жены может быть обусловлена тяжелой ситуацией, связанной с алкоголизацией мужа. Эффективное лечение и реабилитация больных алкоголизмом невозможны без применения семейной психотерапии.

Клинико-психологическое исследование подростков с аддиктивным поведением (токсикоманическое поведение, алкоголизация) с использованием методики ТАТ и опросника «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) показало, что у 60 % из них заблокированы такие важнейшие потребности, как эмоциональное принятие со стороны родителей, потребность в самоутверждении и самостоятельности, способность устанавливать полноценные эмоциональные контакты со сверстниками и т. д. (Эйдемиллер Э. Г., Кулаков С. А., 1987).

Стереотип ролевого поведения больных алкоголизмом, заложенный в родительских семьях, является в дальнейшем одним из факторов, определяющих дисфункциональный тип отношений в их собственных семьях, который характеризуется несовпадением вербальных и невербальных компонентов. На эмоциональном уровне жена может воспринимать своего пьяного мужа как сильного, неожиданного, яркого человека, а трезвого — как скучного и слабого, который не любит ее и не обращает на нее никакого внимания; на вербальном уровне в первом случае произносятся слова осуждения, во втором — «объективное» и отстраненное одобрение.

Общей для жен больных алкоголизмом оказалась склонность к эмоциональной неустойчивости, обратимая при гармонизации семейных отношений (Рыбакова Т. Г., 1980).

Конфликты в семьях больных алкоголизмом, помимо самого факта алкоголизации, касались ролевой структуры семьи и сферы сексуальных отношений супругов. В одних случаях жены больных, привыкнув в результате алкоголизма мужа единолично решать семейные проблемы, не стремились, а порой и опасались делить ответственность за семью с мужем. В других случаях больные, заня-

тые в основном реабилитацией на месте работы, ограничивались минимумом обязанностей перед семьей, что вызывало недовольство жен, ожидавших в первую очередь изменений в семейных взаимоотношениях. Неразрешимый ролевой конфликт препятствовал нормализации сексуальных отношений супругов (Рыбакова Т. Г., 1986). Нарастающее эмоциональное напряжение и переживание фрустраций больными в период ремиссии актуализировали мотивы, лежащие в основе влечения к алкоголю, и таким образом формировался «порочный круг».

В настоящее время придается большое значение психотерапии всей семьи больного алкоголизмом (Reichelt-Nauseef S., 1985; Hedder C., 1985; Wiliez V., 1985). Реализовать его на практике чрезвычайно трудно. Многие больные в силу анозогнозии отказываются от лечения и психотерапии; их родственники зачастую поддерживают нереалистические установки больных, опасаясь мести и наказаний со стороны больных за сам факт обращения к врачам. Поэтому такими актуальными представляются попытки проведения семейной психотерапии даже без участия в ней самого пациента.

Теоретическим обоснованием для такой модели психотерапии, получившей наибольшее распространение в США и все еще недостаточно популярной в странах Западной Европы, служит положение о том, что «если все взаимосвязаны со всеми, то изменение поведения хотя бы одного лица в системе может косвенно вызвать изменения и у других людей» (Reichelt-Nauseef S.; Hedder C., 1985).

Моментом для подобного психотерапевтического вмешательства обычно становится кризис или нагромождение кризисов (когда алкоголик сталкивается с утратами в своей жизни: уход жены, увольнение с работы, материальный крах), которые почти всегда становятся поворотным пунктом в его судьбе.

Эта система психотерапии алкоголизма представляется нам весьма перспективной, поэтому излагаем ее подробно.

В зависимости от готовности семей начать бороться со своими проблемами можно предложить либо «прямое вмешательство», либо «семейное вмешательство» (Wegscheider S., 1980). Прямое вмешательство предполагает конфронтацию с больным алкоголизмом с помощью семьи, товарищей по работе, администрации, врачей, друзей и других лиц. При семейном вмешательстве конфронтация осуществляется не употребляющими алкоголь членами семьи, которых консультируют профессионалы — врачи-психотерапевты, клинические психологи и студенты-медики.

Прямое вмешательство. Эта форма психотерапии предполагает, что одно лицо из ближайшего окружения больного алкоголизмом обращается за помощью. Поводом для такого обращения может послужить любая кризисная ситуация. Как правило, инициатору трудно признаться самому себе и другим, что в семье существуют тяжелые проблемы с алкоголем, которые сам злоупотребляющий решить уже не может. Часто инициатор чувствует себя предателем, ведь он нарушает семейное правило — «не выносить сор из избы». Поэтому просьба инициатора о помощи сопровождается чувством вины и страхом перед реакцией больного. Консультант должен разъяснить инициатору, что как раз его инициатива и свидетельствует о том, что он действует исходя из чувства симпатии и озабоченности и пытается добиться положительных изменений.

Во время первой консультационной беседы психотерапевт выясняет, какие клинические симптомы есть у больного, и расспрашивает о медицинских, психо-

логических и социальных последствиях алкоголизма. Если психотерапевт решает, что вмешательство уместно, а инициатор видит в нем шанс для семьи, то тогда они составляют список всех лиц, которые близки больному, были свидетелями его алкогольного поведения и готовы принять участие во вмешательстве. Инициатор (а не консультант) вступает в контакт со всеми этими лицами и просит их о сотрудничестве — об учреждении «коллектива вмешательства».

Психотерапевт организует встречу заинтересованных лиц, попавших в список. Информирует о том, что алкоголизм является болезнью и о том, что он отрицается самим алкоголиком и его родными; подчеркивает, что больной в данный момент уже не может самостоятельно бросить пить и сам не станет искать помощи. Психотерапевт может описать альтернативные возможности — предсказать, как пойдут дальше дела, если семья ничего не будет предпринимать, и какие имеются шансы на излечение, если люди будут вести себя иначе, чем раньше. Он может объяснить свое вмешательство и подчеркнуть, что только готовность присутствующих к собственному изменению и к конфронтации с больным может в данный момент помочь ему пойти лечиться. Психотерапевт не имеет права призывать или принуждать родственников и друзей больного к вмешательству. Задача его в данной ситуации состоит в том, чтобы обеспечивать заинтересованных лиц объективной информацией и осуществлять поддержку. Участники встречи должны сами решить, считают ли они метод «прямого вмешательства» целесообразным и желают ли образовать «коллектив вмешательства». На сплочение этого коллектива уходит не менее 8 недель.

Затем начинается конкретная предварительная психотерапевтическая работа с «коллективом вмешательства», члены которого учатся пониманию того, что алкоголизм в настоящее время является их ведущей проблемой. В центре работы с психотерапевтом стоит не столько вопрос «как мы можем изменить алкоголика?», сколько «как мы можем изменить себя, чтобы наша жизнь была более здоровой, самостоятельной и чтобы мы могли быть довольны больным, вместо того чтобы постоянно чувствовать себя его жертвами?» В начальной фазе психотерапии участники коллектива видят в больном причины своих проблем. На вопрос о том, вызвал ли алкоголь проблемы или они существовали ранее, ответить однозначно нельзя, поэтому и выяснение этого кардинальной роли не играет. Решающей является необходимость того, чтобы все участники сумели понять, какую роль они играют в дисфункциональном взаимодействии. Часто психотерапевту на этой фазе работы с семьей приходится сталкиваться с явлениями психологической защиты в виде отрицания факта алкоголизации и с проблемой регулирования чувства вины у членов семьи. Психотерапевт помогает им проявить свои чувства и выяснить, какие психологические потери и выигрыши при сегодняшней ситуации они могут отметить.

Психотерапевт обсуждает с членами семьи манеру их поведения, неосознанно поддерживающую алкоголизм, и заставляет их искать новые пути, чтобы достичь поставленной цели. Он тщательно проверяет намерения каждого члена «коллектива вмешательства». Известно, что конфронтацию можно производить только на основе положительных эмоций, чувств любви и симпатии к зависящему от алкоголя и озабоченности его судьбой. Если у психотерапевта складывается впечатление, что участники коллектива затаили в себе ненависть, презрение, злобу или разочарование, то он должен дать им возможность выразить эти чувства («раз-

рядиться») на подготовительных встречах. Высказав все, что наболело, они обнаружат свое положительное отношение к больному и смогут его конструктивно использовать в конфронтации. Это очень важный момент в данной фазе психотерапии, так как если больной алкоголизмом во время вмешательства почувствует враждебность конфронтации, это будет не только неэффективным, но и деструктивным, и приведет к тому, что он замкнется. Только соединение конфронтации и симпатии открывает конструктивный доступ к больному. Под руководством психотерапевта члены семьи перерабатывают свои переживания, их прежняя беспомощность исчезает и возрастает готовность пойти на риск конфронтации.

Следующий этап психотерапии характеризуется тем, что каждый член «коллектива вмешательства» составляет свой список событий, свидетелем которых он был и из-за которых у больного вследствие его алкогольного поведения возникали проблемы. Затем участники обмениваются списками и обсуждают их. Часто члены семьи удивляются тому, насколько разными бывают эти списки. Оказывается, что одни и те же события, связанные с больным, воспринимаются ими по-разному.

Психотерапевт помогает каждому сформулировать происшествие в прямой, честной, описательной форме: с одной стороны, нельзя ничего приукрашивать или небрежно оценивать, с другой стороны, формулировки не должны содержать ничего обвиняющего, так как это сразу же форсирует механизм психологической защиты больного алкоголизмом. Формулировки должны отчетливо выражать положительные эмоции, озабоченность и симпатию. Важные события должны непосредственно связываться с алкогольным эксцессом: «Ты выпил две бутылки вина, а потом поехал на автомобиле к брату». Манеры поведения больного должны быть описаны в деталях: «Ты шатался, почти не мог говорить». Следует избегать обобщений, интерпретаций и обвинений.

Высказывания, входящие в список, содержат:

1) точное описание события и поведения больного;
2) отношение к потреблению алкоголя;
3) выражение собственного чувства по этому поводу;
4) выражение пожеланий или положительных чувств к зависящему от алкоголя.

Во время вмешательства рекомендуется зачитывать списки. В напряженной атмосфере членам «коллектива вмешательства» труднее говорить экспромтом, чем зачитывать свое объективное описание. Существует опасность, что при визуальном контакте они почувствуют на себе влияние больного алкоголизмом и запустят механизм рационализации, что весьма нежелательно. Их голоса должны совпадать с тем, что они говорят и чувствуют. Они зачитывают свои списки в спокойной, честной и дружеской манере.

Следующий этап психотерапии — выбор альтернатив. Психотерапевт выясняет вместе с членами семьи, какого именно решения они ждут от больного. Заранее выбираются лечебные учреждения, «группы самопомощи» или общества анонимных алкоголиков, так что они могут быть предложены больному на выбор. Цель вмешательства состоит в том, чтобы больной как можно раньше принял решение — лучше всего в тот же день.

Психотерапевтическое вмешательство планируется к тому моменту, когда больной находится в более или менее выраженном кризисе и его защитная система

ослаблена (например, когда у него отобрали водительские права или он получил предупреждение на работе). Это увеличивает шансы «капитуляции» больного, т. е. его согласия на курс лечения. Беседа с больным должна проходить в нейтральном месте в присутствии психотерапевта.

Наконец, наступает этап непосредственного психотерапевтического вмешательства. Родные просят больного алкоголизмом прийти в условленный срок в консультацию, чтобы обсудить семейные проблемы. Как показал опыт, больной часто интересуется тем, куда его семья уже довольно долго ходит и кто на нее влияет. Члены «коллектива вмешательства» зачитывают друг за другом свои списки и конфронтируют больного с его реальностью. Благодаря этому списку, содержащему массу фактов и прочитанному с видимой симпатией, система защиты больного прорывается — он должен принять помощь, хотя и противится этому. В заключение присутствующие должны предъявить больному требование, чтобы он посещал клинику или группу самопомощи.

В 80% всех семей, которым после прямого вмешательства были предложены лечение и поддерживающая семейная психотерапия, отмечались длительные сроки ремиссий и восстановление нарушенных взаимоотношений (Wegscheider S., 1983).

Семейное вмешательство. Если члены семьи не готовы или не способны искать помощь для решения своих проблем, то тогда шансом для семьи и для больного алкоголизмом может быть конфронтация с помощью других лиц. Учителя, врачи, сотрудники консультаций и других специальных учреждений, товарищи по работе, представители администрации и профсоюза должны стать более внимательными не только к симптомам больного алкоголизмом, но и к состоянию его родных. Последние часто жалуются на головную боль, общее недомогание, неспособность учиться в школе, депрессию. Если психотерапевт видит в этих симптомах вторичную проблему, а алкоголизм в семье считает, напротив, первичной проблемой, и если вся семья тем не менее обнаруживает сопротивление и отрицает зависимость от алкоголя, то психотерапевт оказывается перед очень трудной задачей. От него требуется, как от «коллектива вмешательства», собрать «данные» и вступить в конфронтацию с семьей в целом или с отдельными членами семьи.

Во время встречи психотерапевт помогает установить атмосферу большей откровенности. Члены семьи замечают, что их не осуждают и что они не должны бояться санкций. Психотерапевт должен объяснить семье свои предложения, проинформировать ее и предостеречь от дальнейшего развития болезни, которое можно предвидеть, если они не захотят воспользоваться помощью.

Если один член семьи сможет признаться, что он сам дошел до предела, а затем в результате консультаций психотерапевта или занятий в группах самопомощи его поведение изменится, то это не может не оказать положительного влияния на больного. Инициатор, почувствовавший на себе благотворный эффект психотерапии, может начать вместе с другими подготавливать прямое вмешательство.

Предложенные методы психотерапии — прямое вмешательство и семейное вмешательство — особенно показаны для преодоления анозогнозии больного алкоголизмом и семейной психологической защиты. Они также способствуют формированию установок на лечение. А психотерапия с отдельными супружескими парами, группами супружеских пар и группами жен больных алкоголизмом предполагает

устранение различных семейных конфликтов, установление стабильных эмоциональных отношений, что предупреждает рецидивы болезни (Рыбакова Т. Г., 1980).

С точки зрения эмоционально-стрессовой психотерапии (Рожнов В. Е., 1982) семейная психотерапия при алкоголизме представляет собой последовательный комплекс приемов индивидуальной работы с пациентом и его ближайшими родственниками, опосредуемый и подкрепляемый рациональной и суггестивной психотерапией (Рожнов В. Е., Павлов И. С., 1979, 1997).

Семейная психотерапия при алкоголизме, разработанная и применяемая в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева, использует динамику отношений, эмоциональных реакций, возникающих в ходе взаимодействия и дискуссий в супружеской паре, группе супружеских пар, группе жен (Рыбакова Т. Г., 1987).

На основе изучения особенностей семейной адаптации больных алкоголизмом в ремиссии Т. Г. Рыбаковой выделены три типа семей, что предопределяет разную тактику семейной психотерапии.

1. Семьи с ранее доброжелательными отношениями без нарушения системы семейного взаимодействия после разрешения конфликта, связанного с пьянством.
2. Семьи с ранее доброжелательными отношениями, но с обусловленным последствиями алкоголизма нарушением системы семейного взаимодействия.
3. Семьи с обострением имевших место ранее конфликтных отношений и разногласий по основным аспектам семейной жизни после ослабления или разрешения алкогольного конфликта.

В семьях 1-го типа поддерживающая психотерапия направляется на закрепление установок больных на трезвость и повышение уверенности жен в возможности длительной ремиссии у мужа. Семьи 2-го типа нуждаются в целенаправленной психокоррекционной работе по устранению конфликтов, обусловленных последствиями алкоголизации. Семьям 3-го типа показана реконструкция всей системы семейного взаимодействия для улучшения психологического климата в семье.

При конфликтных отношениях в семье или психопатических особенностях личности супругов на начальных этапах работы с ними для достижения эмоционального отреагирования предпочтение отдавалось индивидуальным методам работы; в дальнейшем психотерапевт переходил к работе с супружеской парой. Задача семейного психотерапевта заключалась в том, чтобы через собственное ролевое поведение «доброжелательного комментатора» устранить семейные неопределенности, препятствующие адекватному ролевому поведению членов семьи.

Углубление взаимопонимания между супругами, улучшение эмоционального климата в семье создавало благоприятные условия для нормализации сексуальных отношений. Групповая психотерапия супружеских пар давала возможность обучения супругов адекватным способам реагирования и поведения, а также распознавания аффектных нарушений у больных, обострения или появления патологического влечения к алкоголю, ослабления у больного установки на трезвость (Рыбакова Т. Г., 1987).

В группы включали 6–8 супружеских пар. Основной метод работы — вербальная дискуссия, которая дополнялась элементами поведенческой психотерапии: функциональными тренировками поведения по специальной программе и методами аутосуггестивной психотерапии (Гончарская Т. В., 1979). На протяжении

первого полугодия при наличии ремиссии у больных занятия в группе супружеских пар проводились с частотой 1 раз в неделю, затем 2 раза в месяц (до года) и далее 1 раз в месяц. Проблематика первых занятий исчерпывалась вопросами распределения семейных обязанностей и власти в семье, воспитания детей, организации досуга. Обсуждались трудности адаптации больных к режиму трезвости, отчеты больных и их жен о том, как они проводят время. Стимуляции дискуссии способствовала техника ролевых игр. Среди типичных трудных ситуаций, требующих разыгрывания, были: «встреча гостей», «встреча с бывшими собутыльниками», «позднее возвращение домой». Обмен разыгрываемыми ролями между супругами приводил к росту эмпатии и к пониманию мотивов поведения друг друга. Сплочение группы способствовало переходу к обсуждению личных проблем каждого ее члена. На наиболее отдаленных этапах семейной психотерапии включались элементы клубной работы: организация совместного досуга, обсуждение кинофильмов и книг, совместное проведение отпусков.

В процессе поддерживающей семейной психотерапии наблюдалось значительное улучшение психологического климата в семьях у 89,3% больных, а ремиссии продолжительностью более 1 года наблюдались у 68,3% больных.

В качестве иллюстрации использования методов семейной диагностики и психотерапии при аддиктивном поведении у подростков приводим наблюдение (лечащий врач — С. А. Кулаков).

Больной Алексей К., 17 лет. Родители обратились в наркологический диспансер г. Ленинграда с просьбой проконсультировать их сына по поводу участившихся выпивок в последнее время.

Наследственность отягощена по отцовской линии. В 1977 г. отец лечился в Ленинградском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева по поводу циклотимии. Отцу 42 года, занимает должность старшего инженера в КБ. Очень заинтересован в лечении сына. Признался, что в воспитании его «давал сбои». Одно время все прощал сыну, теперь старается держать под контролем его поведение. Однажды его избил, но затем просил прощения, заглаживал свою вину покупкой фруктов. Отец Алексея родился недоношенным, имел врожденный поликистоз почек, в связи с чем его жизнь все время находилась под угрозой. Сын отмечает, что в связи с военной службой, частыми и длительными командировками своего отца тосковал по нему, постоянно ощущал отсутствие его в доме. В настоящее время участились постоянные разногласия с женой по вопросам воспитания сына.

Мать, 40 лет. Замкнутая, привыкшая контролировать себя и скрывать свои эмоции. Отношения с мужем характеризует как сложные: уже несколько лет они находятся на грани развода, но, так как муж уверяет, что, несмотря на все перепады своего настроения, все же любит ее, она сохраняет брак. В воспитании сына придерживается тактики потворствующей гиперпротекции. В связи с усилившейся алкоголизацией сына стала уделять ему больше внимания, однако справиться не может. Винит мужа в излишне жестком отношении к сыну.

Бабушка по линии отца, 65 лет, на пенсии, живет отдельно. Во время войны перенесла контузию. По характеру энергичная, властная. Воспитывала своего сына, как она считает, в строгости. Просит спасти семью от краха. В течение 3 лет не живет с сыном в одной квартире, но часто приезжает в гости по собственной инициативе. Старается все делать по-своему, без спроса переставляет мебель

в квартире сына, перебирает продукты на кухне. Отношения с невесткой внешне неплохие, но внутренне свекровь не очень ей доверяет. В беседе рассказала, что ее собственную мать называли «Вассой Железновой», что отчасти свой стиль поведения в воспитании сына унаследовала от нее.

Из анамнеза: мальчик родился в срок. Беременность протекала нормально. Рос и развивался удовлетворительно. В детстве часто болел простудными заболеваниями, а в 9 лет перенес паротит в тяжелой форме. Учился в школе хорошо до 6-го класса. С 13 лет стал избегать общества родителей, предпочитал проводить время в кругу приятелей, с удовольствием ездил на 3 смены в пионерский лагерь. С 15 лет начал алкоголизироваться, утратил интерес к учебе. На тройки закончил 8-й класс, поступил в ПТУ. Интереса к учебе не проявляет, почти ничего не читает, любит бывать на дискотеках. Настоящих друзей нет. Общение с девочками носит поверхностный характер, быстро прерывается из-за утраты интереса к ним. Последний год стала нарастать толерантность к спиртным напиткам (до 1 бутылки крепленого вина). Выпивки учащаются. Иногда в компаниях сверстников под их влиянием курит анашу.

Объективно: развитие соответствует возрасту. Доступен продуктивному контакту. Настроение ровное, без выраженных колебаний. Психопатологические расстройства не выявлены. Интересы носят поверхностно-гедонистический характер. Суждения примитивные, запас знаний небольшой. Обеспокоен сложившейся в семье ситуацией — «много командиров в семье, и все спорят между собой, иногда от них голова кругом идет». Побыстрее хочет уйти в армию — «там все ясно и определенно». Выпивки мотивирует «стремлением избавиться от скуки». Постепенно угасает рвотный рефлекс. Желание выпить появляется, когда он оказывается в привычной компании сверстников. Формы опьянения эйфорические.

Соматоневрологически — без выраженной патологии.

Психологическое обследование: по шкале объективной оценки ПДО тип характера не определен. Выявлена умеренная склонность к употреблению спиртных напитков (шкала V ПДО). По методике аутоидентификации по СХП выбирает в качестве подходящего неустойчивый портрет, отрицает меланхолический. С помощью цветового теста Люшера определяется зона конфликта, указывающая на стресс, вызванный нежелательными запретами. Блокировка основных потребностей не выявлена. При исследовании по цветовому тесту отношений (ЦТО) отмечено скрытое (невербализуемое) эмоциональное отвержение отца.

При обследовании прародителей и родителей по методу «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ): бабушка по линии отца проявляла негативное отношение к исследованию, часть вопросов осталась без ответов, однако четко выявились доминирующая гиперпротекция и психологическая личностная установка «фобия утраты ребенка» (ФУ).

Со стороны отца воспитание носит противоречивый, неустойчивый характер, у него выявлены такие психологические личностные проблемы, как «проекция нежелательных качеств на ребенка» (ПНК) и «предпочтение детских качеств в ребенке» (ПДК).

Со стороны матери тип воспитания не определен. Диагностированы личностные психологические проблемы — «воспитательная неуверенность», «проекция на ребенка собственных нежелательных качеств» (ПНК) и «неразвитость родительских чувств» (НРЧ).

Основным методом лечения в данном случае была семейная психотерапия. Ключевыми словами, прояснившими семейную ситуацию, стали слова Алексея К.: «Много командиров в семье, и все спорят между собой». Возник план: удалить из воспитательного процесса бабушку, которая своим авторитарным поведением подавляет отца Алексея, разрушает его семейную роль, превращая его в пассивного и послушного сына. Бабушке на совместной встрече с ней и родителями Алексея К. было предложено больше внимания обращать на свое здоровье, а заодно заняться восстановлением запущенного садового участка. В дальнейшем на встречах родителей и сына с психотерапевтом было принято решение о том, что все воспитательные меры родители применяют только совместно. Удалось активизировать роль матери и дать почувствовать отцу его причастность к воспитанию, большую ответственность и стабильность в принимаемых решениях, поскольку инициатива теперь исходила не только от него, но и от жены при его участии.

Катамнез через 6 месяцев: выпивки почти прекратились, сын стал больше времени проводить дома, был доволен психологической атмосферой в семье. Родители стали более сплоченными, их супружеские отношения восстановились. Алексей К. призван служить в армию.

Зависимости, связанные с употреблением опиоидов. Подробное исследование семейного окружения больных наркоманией и его влияние на формирование зависимости проведено М. Ю. Городновой под нашим научным руководством в кандидатской диссертации «Базисные копинг-стратегии и типы функционирования семей подростков с героиновой наркоманией» (2004).

С любезного согласия М. Ю. Городновой приведем ряд фрагментов ее работы.

Семейные факторы риска возникновения наркомании. О. Ф. Найденов в своей работе (1981) ведущим фактором приобщения к наркотикам называет неблагополучное микросоциальное окружение подростка: неполная семья, частые конфликты между родителями, алкоголизация родителей, жестокое обращение.

В одном из исследований при анализе семейных и личностных факторов риска употребления наркотиков молодежью Германии был сделан вывод о том, что подростки, постоянно употребляющие алкоголь и наркотики, имеют чаще всего неродного отца или мать, мать-одиночку, разведенную мать или совсем не имеют родителей (Malhotra M. K., 1983).

Исследуя психосоциальные особенности формирования гашишной наркомании у подростков, У. А. Абшаихова (1992) наряду с биологическими подчеркивает роль микросоциальных факторов риска начала аддиктивного поведения, формирования и выраженной степени проградиентности гашишной наркомании у подростков. Из микросоциальных факторов, способствующих и поддерживающих наркотизацию, автор особенно выделяет: нарушение семейного воспитания и взаимоотношений в семье, с родителями, сверстниками и противоположным полом; уклонение от учебы или работы; склонность к делинквентным формам поведения.

В 1960-х Г. В. Пизани сформулировал понятие «семейный дефицит», что впоследствии стали обозначать как «социальную депривацию» и определять как одну из причин наркотизации при повзрослении.

Важную роль воспитания в неполной семье и неблагополучной семейной обстановке в формировании аддиктивного поведения подчеркивают многие авторы (Коломеец А. А., 1989; Смирнов В. К., Нечипоренко В. В., Бердник К. П., 1989;

Личко А. Е., Битенский В. С., 1991; Кулаков С. А., 1997, 1998; Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю., Авдеев С. Н., и др., 1998; Иванова Е. Б., 2000; Steinhausen H. S., Fstoer Von. S., Golbel D., 1987; Carvalho V., Pinski I., De Souza e Silva R., Carlini-Cotrim B., 1995; Bonnin O., 2002).

В 1997–1998 гг. учеными НИИ комплексных социальных исследований Санкт-Петербургского государственного университета, службы профилактики наркозависимости Комитета по делам семьи, детства и молодежи администрации Санкт-Петербурга было проведено социологическое исследование уровня наркотизации среди молодежи Санкт-Петербурга. Метод исследования — анонимный анкетный опрос с различной степенью формализации, разработанный В. Т. Лисовским и В. В. Захаровым в 1998 г. К участию в опросе были привлечены представители различных социальных групп молодежи, около 1% молодежи города. Исследования показали, что лица, регулярно употребляющие наркотические средства, чаще проживали и воспитывались в неполных семьях (без отца или у родственников). Конфликтность с родителями несколько выше, чем у ненаркотизирующихся подростков. Уровень конфликтности и напряженности, степень дискомфортности в семьях, где дети употребляют наркотические вещества, выше в сравнении с семьями ненаркотизирующихся подростков (Штакельберг О. Ю., 1999; Штакельберг О. Ю., Козлов А. А., Шабанов П. Д., 1999; Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. 2002). Подростки, выросшие в семьях, где употребляют наркотические средства, в 5 раз чаще становятся наркоманами, чем в семьях, где наркотики не употребляют (Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000).

Е. А. Назаров (2001) рассматривает семью как фактор, провоцирующий употребление подростком психоактивных веществ. Практически во всех случаях подростковой и юношеской наркомании автором обнаружены признаки одного из типов проблемных семей: деструктивная семья (автономия и сепарация отдельных членов семьи, отсутствие взаимности в эмоциональных контактах, хронический супружеский или родительско-детский конфликт), неполная семья, ригидная псевдосолидарная семья (безоговорочное доминирование одного из членов семьи, жесткая регламентация семейной жизни, подавляющий тип воспитания), распавшаяся семья (когда один из родителей живет отдельно, но сохраняет контакты с прежней семьей и продолжает выполнять в ней какие-либо функции, при этом сохраняется сильная эмоциональная зависимость от него). Наркомания у подростков и молодежи рассматривается как крайняя форма семейного кризиса (Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001)

В данной работе было проведено исследование базисных копинг-стратегий и типов функционирования семей подростков с героиновой наркоманией. Изучены копинг-стратегии представителей трех поколений: 30 семей подростков с героиновой наркоманией (всего 107 человек) и 30 семей условно здоровых социально адаптированных подростков (всего 117 человек). Разработана модель краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии. Выполнение диссертационного исследования проходило на базе детско-подросткового наркологического реабилитационного центра при государственном учреждении здравоохранения «Межрайонный наркологический диспансер № 1».

Исследования проведены в рамках системного подхода в изучении семьи, транзакциональной теории стресса и копинга Р. Лазаруса, концепции «патологизирующего семейного наследования» Э. Г. Эйдемиллера.

Анализ полученных данных позволил утверждать следующее.

1. Структура копинг-поведения подростков, родителей и прародителей основной и контрольной группы имеет достоверные различия:
   - увеличение базисной копинг-стратегии «избегание» в структуре копинг-поведения подростков, матерей и бабушек основной группы;
   - снижение индекса отношения активных и пассивных копинг-стратегий у подростков, матерей и бабушек основной группы;
   - снижение базисной копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» в структуре копинг-поведения матерей и бабушек основной группы;
   - снижение удельного веса копинг-стратегии «разрешение проблем» в структуре копинг-поведения подростков и бабушек основной группы;
   - отсутствие достоверных различий структуры копинг-поведения отцов и дедов основной и контрольной групп.
2. Найдены достоверные различия семейных копинг-стратегий основной и контрольной групп:
   - выше абсолютные значения и удельный вес пассивной копинг-стратегии «избегание» в структуре копинг-поведения семей основной группы;
   - ниже индекс отношения активных и пассивных копинг-стратегий семей основной группы.

   Таким образом, для членов семей подростков с героиновой наркоманией свойствен более пассивный стиль совладающего поведения, с нарастанием пассивной совладающей стратегии «избегание» в его структуре. Это определяет более низкую семейную копинг-компетентность.
3. Структура мужского и женского поведения поколений родителей и прародителей контрольной группы имеет достоверные различия. Для мужчин характерно более пассивное копинг-поведение за счет увеличения удельного веса базисной копинг-стратегии «избегание» и снижения удельного веса активной базисной копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», снижение индекса отношения активных и пассивных копинг-стратегий по сравнению со структурой женского копинг-поведения. Женщины более ориентированы на социальное окружение и принятие от него помощи, нежели мужчины, и реже используют копинг-стратегию «избегание». Данные совпадают с исследованиями (Veroff J., Kulka R. A., Douvan E., 1981), в которых показано, что в затруднительных ситуациях мужчины либо ничего не делают (стратегия «избегание») и не думают о выходе из кризиса, либо сами прилагают усилия, чтобы решить проблему, женщины же чаще ищут помощи у других. Отсутствие достоверных различий базисных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения у мужчин и женщин в основной группе свидетельствует о нарушении полоролевой идентичности в семьях наркозависимых подростков.
4. Найдены достоверные различия в структуре копинг-поведения членов семьи наркозависимых подростков:
   - копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» в структуре копинг-поведения матерей, отцов и бабушек достоверно ниже, чем в структуре копинг-поведения подростков;

- представленность копинг-стратегии «разрешение проблем» в структуре копинг-поведения родителей и прародителей значимо выше, чем в структуре копинг-поведения подростков;
- копинг-стратегия «избегание» значимо выше, а индекс отношения активных и пассивных копинг-стратегий ниже в структуре копинг-поведения подростков и прародителей, нежели в структуре копинг-поведения родителей;
- в структуре копинг-поведения матерей значимо выше удельный вес копинг-стратегии «разрешение проблем» и ниже представленность пассивной копинг-стратегии «избегание», нежели в структуре копинг-поведения бабушек;
- структуры копинг-поведения подростков, родителей и прародителей контрольной группы достоверно не отличаются.

5. Срок наркотизации подростка влияет на структуру копинг-поведения подростков и их отцов: чем больше срок наркотизации, тем ниже интенсивность использования копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» у подростков, тем выше значения пассивной копинг-стратегии «избегание» в структуре копинг-поведения отцов.

   Таким образом, в семьях подростков с героиновой наркоманией самым активным членом в совладании с трудностями являются матери, для родителей и прародителей свойственно самоизолирующее поведение, дистанцирование от социального окружения; чем больше срок наркотизации подростка, тем более интенсивно используют копинг-стратегию «избегание» отцы (употребление алкоголя).

6. Существует определенная динамика изменения структуры копинг-поведения подростка в результате увеличения срока наркотизации: на первом этапе (злоупотребление) увеличение копинг-стратегии «избегание» происходит за счет снижения копинг-стратегии «разрешение проблем», и период формирования аддикции сопровождается увеличением интенсивности использования копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» (совпадает с исследованиями Н. А. Сироты (1994) и В. М. Ялтонского (1995, 1996)). При дальнейшей наркотизации происходит снижение копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» и увеличение стратегии «разрешение проблем», направленной главным образом на приобретение наркотика, а также идет дальнейшее нарастание абсолютного и удельного веса копинг-стратегии «избегание», с постепенным падением индекса отношений активных и пассивных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения наркозависимых подростков. Дальнейшее использование стратегии «избегание», преимущественно фармакологического способа редукции эмоционального напряжения, ведет к снижению использования копинг-стратегии «социальная поддержка».

7. Отсутствие достоверных различий структуры копинг-поведения отцов и дедов обеих групп, отсутствие зависимости структуры копинг-поведения бабушек и матерей от срока наркотизации подростка, наличие достоверных различий структуры копинг-поведения матерей и бабушек основной и контрольной групп, а также достоверных отличий структуры копинг-поведе-

ния наркозависимых подростков, их матерей и бабушек (с достоверным нарастанием интенсивности использования пассивных копинг-стратегий от бабушек и матерей к детям), свидетельствуют о преобладающем влиянии женщин на формирование стиля копинг-поведения наркотизирующихся подростков, с нарастанием пассивных копинг-стратегий в структуре их копинг-поведения.

8. Тип семейного воспитания наркозависимых подростков, устанавливаемый с помощью опросника АСВ («Анализ семейных взаимоотношений», приложение 11), характеризуется низким уровнем требований и запретов, проекцией на подростка родителями собственных нежелаемых качеств, воспитательской неуверенностью, гиперпротекцией со стороны матерей и гипопротекцией со стороны отцов, в результате чего подросток не может формировать адекватный самоконтроль, ответственность и самостоятельность, что в дальнейшем способствует, а затем и поддерживает его наркотизацию.
9. Стиль семейного воспитания с низким уровнем требований—запретов может рассматриваться как фактор риска формирования зависимого поведения у детей.
10. Типы функционирования семей подростков обеих групп достоверно не отличаются. Данное наблюдение подтверждает тот факт, что тип семейного функционирования не определяет наличие или отсутствие возможности возникновения заболевания наркоманией у члена семьи.
11. Семьи подростков с героиновой зависимостью имеют достоверно более высокий уровень значений по шкале семейной адаптации, что характеризует их как «хаотичные» системы, для которых характерно: отсутствие четких правил и норм поведения, должного контроля и дисциплины, четкого разделения ролей и семейных обязанностей, отсутствие лидера в семье, по праву несущего всю полноту ответственности за семейное функционирование. Работа с семьей, направленная на структурирование уровня семейной адаптации, — важное звено в выработке адаптивных механизмов семейного функционирования, повышающих ее адаптацию к условиям стресса.
12. Неудовлетворенность семейным функционированием достоверно выше в семьях подростков с героиновой наркоманией и определяется в основном неудовлетворенностью уровнем семейной адаптации. В идеальных представлениях все члены семьи стремятся к большей эмоциональной близости в семейной сплоченности и большей гибкости в семейной адаптации.
13. Неудовлетворенность семейным функционированием матерей больных подростков достоверно выше, чем матерей контрольной группы, и определяет их стремление к большей семейной сплоченности (закрытию семейных границ, совместному проведению свободного времени, общности интересов и т. д.). Неудовлетворенность семейной адаптацией определяет желание матерей передать часть семейных обязанностей другим членам семьи, сделать правила семьи более гибкими.
14. Отцы наркозависимых подростков имеют самый высокий уровень неудовлетворенности семейной сплоченностью и семейной адаптацией и в иде-

альных представлениях стремятся к большему принятию членами семьи своих друзей, совместному времяпрепровождению, общим интересам. В отличие от отцов здоровых подростков отцы больных стремятся передать ответственность и обязанности другим членам семьи. Пассивное, самоустраняющееся поведение отцов обусловлено вытеснением их на периферию семейной системы, что может бать причиной их самоустранения от вопросов воспитания, лидерства и контроля.

15. Неудовлетворенность семейным функционированием подростков обеих групп не имеет достоверных отличий. Подростки желают в идеале большего совместного семейного взаимодействия, хотя и в меньшей степени, чем их родители. В отличие от родителей подростки стремятся к внесемейным интересам и проведению времени за пределами семьи. Неудовлетворенность семейной адаптацией определяется желанием усиления контроля со стороны родителей, жесткой структуры ролей и увеличения возможностей в выборе форм поведения, причем больные подростки в большей степени стремятся к этому, нежели их здоровые сверстники.

    Таким образом, в работе с семьями наркозависимых подростков необходимо учитывать особенности поведения матерей и отцов в семейной системе и, разрабатывая мероприятия по семейной психотерапии, акцентировать внимание на возвращении отцов в семейную систему, выработке у них активных копинг-стратегий «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки», социально приемлемых способов совладающей стратегии «избегание». Для матерей и бабушек наркозависимых подростков необходимо развивать стратегии, направленные на принятие помощи от социального окружения.

16. Удовлетворенность семейным функционированием тем выше, чем выше семейная сплоченность, что справедливо для обеих групп.
17. Стремление к большей семейной сплоченности в семьях больных подростков является своеобразной семейной защитой в ситуации стресса, дезадаптивный характер которой подтверждают параллельное усиление семейной «хаотичности» и рост удовлетворенности семейным функционированием, несмотря на изначальные экстремальные значения уровня адаптации. Данный механизм лежит, по нашему мнению, в структуре феномена созависимости, свойственного семьям наркоманов.
18. Гиперпротекция в стиле воспитания матерей поддерживает дисфункциональный уровень функционирования семейной системы, так как определяет высокую степень семейной сплоченности и удовлетворенности семейным функционированием у членов семьи.
19. Стиль семейного воспитания с воспитательской неуверенностью определяет высокую степень неудовлетворенности семейной сплоченностью у наркозависимых подростков.
20. В контрольных семьях при высоких степенях неудовлетворенности семейным функционированием подростки интенсивно используют активные базисные копинг-стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки», тогда как в семьях основной группы данный механизм отсутствует, а идет нарастание стремления к большей семейной сплоченности

и гибкости в семейной адаптации, несмотря на ее изначальный «хаотичный» (экстремальный) уровень.

21. На основании полученных результатов разработана, апробирована и внедрена в программу реабилитации наркозависимых подростков модель краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии, целью которой является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент семейного стресса (наркомании подростка), выявление и использование саногенного эффекта семьи в преодолении зависимости у ее члена (подростка). Данная модель так же предназначена для проведения обучающих циклов среди специалистов, чья работа связана с наркологическими больными.

Модель краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии в программе реабилитации наркозависимых подростков

«Совершенно очевидно, что решать проблему повышения эффективности лечения, закрепления достигнутых на этом этапе результатов без развития реабилитационного звена невозможно», — таково мнение главного нарколога Министерства здравоохранения России В. Ф. Егорова (2001).

Реабилитационное направление в психиатрии, вобрав в себя идеи многих видных исследователей, к настоящему времени превратилось в методологически стройную, обоснованную с позиций системного подхода концепцию, которая отражает общую для всей науки тенденцию к интегративности (Абрамов Э. А., 2002). Реабилитация — это динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических, социальных), направленных на достижение конечной цели (восстановление статуса личности особым методом) (Кабанов М. М., 1978, 1985, 1998). Этот метод характеризуется следующими принципами.

1. *Принцип партнерства*. Центральным содержанием всей реабилитационной программы является обращение к личности. Больной — активное звено всего реабилитационного процесса. Все лечебно-восстановительные мероприятия должны быть опосредованы через личность больного.
2. *Принцип разноплановости усилий и воздействий*. При реализации реабилитационной программы психика больного, его микросоциальное окружение, сфера досуга и профессиональной занятости — все должно быть задействовано и являться полем для необходимого воздействия.
3. *Принцип единства биологических и социальных методов*. М. М. Кабанов (1998): «Реабилитация является не только психосоциальной, но и клинико-биологической системой, требующей для своего успешного функционирования понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Лечение в связи с таким пониманием реабилитации должно быть направлено не только на устранение проявлений болезни, но также на выработку у пациента качеств, помогающих приспособиться к среде».
4. *Принцип ступенчатости прилагаемых усилий*. В процессе реабилитации одно лечебное мероприятие постепенно сменяет другое (от одной формы организации помощи к другой).

Реабилитация наркологических больных представляет собой прежде всего их ресоциализацию, восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной

ценности больных, их личного и социального статуса (Штакельберг О. Ю., 1999; Михайлов В. И., Казаковцев Б. А., Чуркин А. А., 2002; Loss C., 2002). Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами — это система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых и трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической установки личности, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество (Иванова С. В., 2001; Дудко Т. Н., 2003).

Основными задачами реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, по мнению Ю. В. Валентика, Н. В. Вострокнутова, А. А. Гериш и соавторов (2002), являются: реорганизация жизненной среды, восстановление семейных отношений, коррекция взаимоотношений с основными значимыми другими лицами, на основе работы как с самим несовершеннолетним, так и с его ближайшим окружением.

Исходя из парадигмы системного подхода в медицине, биопсихосоциальной модели заболевания и здоровья человека, семейная психотерапия все больше входит в практику лечения и реабилитации самых различных заболеваний. Семейная психотерапия в наркологии, имея свои особенности, развивается и следует общим тенденциям психотерапии вообще и семейной психотерапии в частности (Эйдемиллер Э. Г., Городнова М. Ю., 2002).

Широкое внимание к семейной психотерапии и факторам семьи в области, занимающейся проблемами наркозависимости, стали проявлять в 70-е гг. (Стэнтон М. Д., Тоддт. К., 2001). Роль семьи в становлении клинических проявлений аддиктивных расстройств и в реабилитации зависимых от ПАВ больных признается в настоящее время большинством отечественных специалистов (Иванова Е. Б., 2000; Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000; Михайлова Л. А., 2000; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001; Валентик Ю. В., Вострокнутов А. А., Гериш А. А., Дудко Т. Н., Тростанецкая Г. Н., 2001; Козлова А. А., Рохлина М. Л., 2001; Иванец Н. Н., Белокрылов И. В., Даренский И. Д., Ровенских И. Н., Москаленко В. Д., 2002; Оруджев Н. Я., 2002; Проценко С. А., Кулаков С. А., 2002; Худяков А. В. 2002; Ваисов С. Б., 2003; Зобнев В. М., 2003).

Необходимость вовлечения семьи при лечении наркотической зависимости продиктована следующими факторами.

- Сам симптом рассматривается как показатель наличия проблемы у всей семьи. Л. А. Саута, С. В. Рокутов С. В., М. Ю. Щавелев (1997) исходят из положения о наркомании как о болезни семьи. Наркомания у подростков и молодежи рассматривается как крайняя форма семейного кризиса (Назаров Е.А., 2001).
- Больной наркоманией выполняет определенную функцию внутри семьи (Фридман Л. С., 1998).
- Борьбе больного наркоманией с наркотической зависимостью часто мешает реакция членов семьи (Зобнев В. М., 2003).
- Члены семьи наркозависимого подростка часто страдают феноменом созависимости (Теркулов Р. И., Кузнецов А. К., 1995; Битти М., 1997; Курек Н. С., 1993, 1997; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001; Иванец Н. Н., 2002; Москаленко В. Д., 2002; Ваисов С. Б., 2003; Соловов А. В., 2003).

- Большинство наркоманов сохраняют тесные связи с родительскими семьями и зависят от них в материальном и эмоциональном плане.
- Семья может оказать положительное влияние в процессе психотерапии на преодолении пагубной привычки подростка. По нашим наблюдениям, 95% респондентов называют причиной отказа от употребления наркотиков значимые отношения с родителями (Городнова М. Ю., 2003).
- Показатель смертности среди наркозависимых, не включенных в семейную психотерапию, в 5 раз превышает тот же показатель за тот же период в случае, когда клиентов вовлекали в семейную психотерапию (Stanton M. D., Todd T. C., 1981).
- Крайне низкая информированность родителей в вопросах, связанных с наркотиками и наркоманией (Пелипас В. Е., Рыбакова Л. Н., Цетлин М. Г., 2000; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001).

Выделены следующие особенности, характеризующие семьи наркозависимых подростков.

- По мнению А. Е. Назарова (2001), все семьи наркотизирующихся подростков имеют признаки одного из типов проблемных семей: деструктивная, неполная, ригидная (псевдосолидарная), распавшаяся.
- Нарушение процесса воспитания по типу потворствующей гиперпротекции со стороны матери и гипопротекции со стороны отца является положительным фактором подкрепления наркотизации детей (Рыжова О. В., 2000; Березин С. В., Лисецкий К. С., 2001).
- «Инфантилизм» семейной системы препятствует выполнению семьей таких важных функций, как первичный социальный контроль, духовное общение и воспитательная функция. Члены семьи склонны передавать ответственность за поведение подростка на внесемейные институты.
- Амбивалентность в отношении к членам семьи самого наркозависимого подростка. С одной стороны, подростки ищут помощи и поддержки у близких, с другой — проявляют по отношению к ним агрессию, видя в действиях родных препятствие к наркотизации, которая является суррогатным способом удовлетворения фрустрированных потребностей.
- Почти половина семей относятся к разобщенному типу по уровню сплоченности, 75% имеют хаотичный тип адаптации (Городнова М. Ю., 2002).
- Высокий уровень неудовлетворенности семейной адаптацией и семейной сплоченностью.
- Увеличение доли пассивных копинг-стратегий в структуре семейного копинг-поведения. Редукция стратегии «поиск социальной поддержки» в структуре копинг-поведения членов семьи наркозависимого (матери, бабушки, подростки).
- Нарастание пассивных копинг-стратегий в структуре копинг-поведения членов семьи наркозависимого подростка от поколения к поколению.
- Трудность вовлечения семьи в программу лечения (Seldin N. E., 1972; Vaglum P., 1973; Salmon R. & Salmon S., 1977; Stanton M. D., Todd T. C., 1981). Многие семьи отказываются от участия в реабилитационной программе, или от лечения отказывается зависимый член семьи (Alexan-

der B. K. & Dibb G. S., 1975; Назаров Е. А., 2001; Эйдемиллер Э. Г., Городнова М. Ю., 2002).

- Высокий уровень тревожности в семье (Березин С. В., 1998; Назаров Е. А., 2001).
- Семьи часто не осознают своей вины из-за возникшей у пациента проблемы и полностью перекладывают ее на внешние системы и организации, такие как сверстники, школа, милиция, соседи, лечебные программы и т. д.
- Включенные в реабилитацию семьи склонны передавать ответственность специалистам за результат лечения, обвиняют их в случае неудачи.
- Пациенты с наркотической зависимостью включаются в программу лечения либо во время семейного кризиса (Coleman A. F, 1976; Stanton M. D., Todd T. C., 1981), либо, если включение — шаг в направлении избавления от наркотической зависимости, семейный кризис может возникнуть вскоре после этого. Кроме того, сам факт, что семью попросили принять участие в психотерапии, может вызвать кризис.

В разработке данной модели психотерапии были использованы принципы системной семейной психотерапии, когнитивно-поведенческой психотерапии, групповой психотерапии, теории адаптивного копинг-поведения (Исурина Г. Л., 1983, 1990; Карвасарский Б. Д., 1985, 2000, 2002; Рудестам К., 1993; Александров А. А., 1997, 2002; Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Хажилина И. И., Видерман Н. С., 2001; Эйдемиллер 2002, 2003).

Выбор краткосрочной бифокальной семейно-групповой модели психотерапии был обусловлен следующими факторами: необходимость работы с семьей пациента; трудности вовлечения всей семьи в программу реабилитации; важность семейной проблематики для подростков, члены семей которых отказываются от вхождения в программу; типичные проблемы семей наркозависимых, что позволяет получать опыт разрешения трудностей без участия всех членов семьи; более высокая эффективность групповой и семейной психотерапии по сравнению с индивидуальной (Холмогорова А. Б., 1993); Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю., 2000; Иванова С. В., 2001), экономия затраченных средств и сил.

Модель является частью реабилитационной программы наркозависимых подростков и предназначена для специалистов (врачей-психотерапевтов, медицинских психологов), чья работа непосредственно связана с оказанием лечебно-реабилитационной помощи подросткам, зависимым от психоактивных веществ, и их семьям.

Целью реализации модели является обеспечение адаптивного функционирования семейной системы в момент семейного кризиса (наркомания подростка), выявление и использование саногенного эффекта семьи в преодолении зависимости у ее члена (подростка).

Данная цель решается посредством реализации следующих задач.

1. Принятие ответственности за существующие проблемы каждым членом семейной системы.
2. Повышение ответственности за свое поведение и свою жизнь у каждого члена семьи.
3. Повышение психологической компетентности.

4. Развитие адаптивных стратегий совладания.
5. Ориентация на решение проблем, а не на поиск причин их возникновения.

Модель строится исходя из следующих принципов.

1. Наркомания — проблема всей семьи.
2. Объединение семьи вокруг проблемы — «совладание с болезнью».
3. Разделение понятий «личность» и «болезнь».
4. В центре внимания всегда остается зависимый член семьи и его проблемы.
5. Отказ от обсуждения прошлого и причин, приведших к употреблению ПАВ, в фокусе находиться настоящее и то, что необходимо предпринять для решения проблемы.
6. Семья воспринимается как способная нести ответственность за поведение своих членов и решение своих проблем.
7. Интенсивность и кратковременность вмешательства, терапия «скорой помощи»: задача состоит не в том, чтобы разрешить все семейные проблемы, решаются лишь те, что касаются зависимого поведения. Если семья желает продолжить сотрудничество, то разрабатывается и подписывается новый психотерапевтический контракт, что выходит за рамки описываемой модели семейной психотерапии.

Предлагаемая модель рассчитана на 58 часов, состоит из 4 этапов и реализуется в течение 6 месяцев. Частота встреч с семьей и группой определяется задачами этапа.

Методы и техники психотерапии, интегрированные в модель краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии: семейная системная психотерапия, групповой тренинг с элементами индивидуальной и групповой психотерапии, ситуационно-ролевые игры, «мозговой штурм», лекции, дискуссии, психогимнастические упражнения.

Этап I (подготовительный)

Рассчитан на 2 семейные сессии по 2 часа с периодичностью 1 раз в неделю.

Цель: активное вовлечение семьи в работу по программе реабилитации наркозависимого подростка.

Задачи:

1) семейная диагностика;
2) выработка мотивации у членов семьи для участия в программе реабилитации.

Методы: семейная системная психотерапия.

Сессия 1

Цель: введение семьи в программу реабилитации.

Задачи:

1) установление контакта;
2) цели и ожидания семьи (формулирование первичного психотерапевтического запроса);
3) знакомство семьи с программой реабилитации и своей ролью в ней;

4) знакомство с правилами успешной реабилитации (родители подписывают лист «Условия эффективной реабилитации», в котором указаны необходимые родительские действия, повышающие эффективность реабилитационных мероприятий);
5) диагностика семейной системы (после данных инструкций родители заполняют опросник АСВ («Анализ семейных взаимоотношений» Эйдемиллера Э. Г., Юстицкиса В., 1986, 1999), а все члены семьи — опросник «Шкала семейной сплоченности и адаптации» FASES-3 Д. Х. Олсона, Дж. Портнера, И. Лави, адаптированный М. Перре 1986г).

Сессия 2

Цель: заключение контракта на дальнейшую работу.

Задачи:

1) анализ и обсуждение полученных результатов диагностики, что позволяет сформировать мотивацию у членов семьи на необходимость их участия в семейной психотерапии;
2) составление семейного договора между родителями и подростком, в котором оговариваются условия и правила реабилитации, обязанности (режим воздержания от ПАВ, посещение центра, участие в семейно-групповой психотерапии, конкретное желаемое поведение, выполнение домашней работы и т. д.) и ответственность сторон, права, механизмы контроля. Данный договор заключается на 1 месяц, и действие его охватывает второй этап.

Этап II (основная, групповая работа)

Цель: выработка адаптивных семейных стратегий совладания в стрессовых ситуациях, возникающих в семье выздоравливающего.

Задачи:

1) повышение информированности о проблеме наркозависимости;
2) выявление средовых (семейных ресурсов);
3) обучение навыкам эффективной семейной коммуникации, препятствующим наркотизации подростка и способствующим его выздоровлению;
4) выработка адаптивных семейных навыков совладания с типичными ситуациями, возникающих в семье выздоравливающего.

Методы: тренинг «родительской компетентности», групповая психотерапия, ролевые игры, психогимнастические упражнения, «мозговой штурм», дискуссия.

Второй этап рассчитан на 40 часов, работают две группы (родителей и подростков), не пересекаясь друг с другом. Продолжительность группового занятия — 2 часа, регулярность встреч — 3 раза в неделю, всего 10 занятий для каждой из групп.

Родители проходят тренинг родительской компетентности (Городнова М. Ю., Ваисов С. Б., 2001; Городнова М. Ю., 2003; Ваисов С. Б., 2003).

В подростковой группе в ходе дискуссий и ролевых игр разрешаются типичные проблемы, возникающие в семьях наркозависимых, что позволяет подросткам обменяться опытом разрешения проблемных ситуаций, снять уникальность собственных переживаний, увидев подобные переживания у других членов группы, найти более адаптивный способ взаимодействия в собственной семье. В це-

лях безопасности темы для проигрывания задает психотерапевт. Работающие группы обмениваются посланиями, что способствует расширению опыта взаимодействия между родителями и детьми, позволяет увидеть проблему глазами другой стороны, рассказать о своих чувствах и переживаниях, принять новый опыт решения проблемных ситуаций. Анонимность и коллективность посланий позволяет сделать их более открытыми.

Психотерапия родительской группы

Родительский тренинг — это особая систематическая форма работы с родителями, центральный элемент в лечении детей и подростков с психическими отклонениями (Warnke A., 1993). Многократно показано, что работа психотерапевта более эффективна в тех случаях, когда неблагоприятных психосоциальных условий нет и семьи поддерживают усилия психотерапевта-профессионала своей компетентностью в вопросах воспитания (Mattejat F., Remschmidt H., 1991).

Многие родители в состоянии научиться терапевтическим приемам и эффективно применять их на благо собственных детей. Это убедительно показали исследования, посвященные родительскому тренингу (Innerhofer P.,1977); (Warnke A., Innerhofer P., 1978).

- Понятию «родительский тренинг» соответствуют понятия «семья как котерапевт» и «руководство родителями». Как психотерапевтический метод родительский тренинг является опосредованным подходом к психотерапии детей и подростков.
- Основные концепции родительского тренинга проистекают из поведенческой терапии (Schaefer C. E., Breismeister J. M., 1989). Позднее в методическое обеспечение были включены элементы теории коммуникации, теории деятельности, разговорной терапии и семейной терапии (Innerhover P., 1977; Warnke A., Innerhofer P., 1978).

Целевые установки родительского тренинга могут быть самыми различными: совместная работа с родителями направлена на изменение системы ценностей, целевых установок, способности к переживаниям, а также поведения и образа жизни родителей. Это служит задаче психического оздоровления ребенка и способствует процессу его развития путем достижения лучшего взаимопонимания между родителями и ребенком, адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, улучшения настроения и обеспечения больших возможностей для преодоления проблем.

Обоснованием для применения тренинга, по мнению Х. Ремшмидта (2000), служит:

- признание воспитательной компетентности родителей и их способности влиять на приобретение ребенком (подростком) социального опыта в повседневной жизни;
- решающее влияние, которое родители оказывают на жизненные обстоятельства ребенка;
- даже незначительное воздействие со стороны всей семьи в поддержку специальных психотерапевтических мероприятий существенно повышает эффективность психотерапии. Родители выступают в роли «советчиков, помощников»;

- психотерапевт-тренер, содействующий выработке у родителей способности помогать в развитии своему ребенку, имеющему психические отклонения.

Согласно А. Дюрссен, поддержка, оказываемая родителям, должна включать следующие аспекты (Duhrssen A., 1988):

- интерес к имеющемуся в семье потенциалу, диагностика семьи, уменьшение напряжения у родителей и изменение их настроя;
- отсутствие (скрытого) осуждения со стороны психотерапевта;
- отсутствие идентификации психотерапевта с ребенком, направленной против родителей;
- стремление психотерапевта обосновать положительный идеал родителей.

Тренинг родительской компетентности, включенный в предлагаемую модель, направлен на разрешение **следующих задач**:

- преодоление информационного дефицита родителей в вопросах наркозависимости;
- поддержка семьи как «котерапевта» в реабилитации наркозависимого подростка;
- выявление дезадаптивных стереотипов семейного взаимодействия, поддерживающих наркоманическое поведение подростка;
- разделение ответственности за выздоровление между всеми участниками реабилитационного процесса;
- совладание с феноменом созависимости (разделение своей личности и личности ребенка);
- актуализация семейных ресурсов;
- выработка навыков адаптивного совладающего поведения у родителей;
- актуализация совладающих стратегий, ориентированных на социальное окружение, ориентация родителей на возможность принятия помощи из внесемейных институтов, расширение социально-поддерживающих сетей;
- принятие ответственности за функционирование семейной системы;
- оптимизация семейной коммуникации.

Решению поставленных задач способствовали групповые феномены.

И. Ялом (2000) выделил 10 лечебных факторов, обеспечивающих эффективность групповой психотерапии:

1) сплоченность;
2) внушение надежды;
3) обобщение (снятие универсальности);
4) альтруизм;
5) предоставление информации;
6) множественный перенос;
7) межличностное обучение;
8) развитие межличностных умений;
9) имитирующее поведение;
10) катарсис.

Структура занятия:

- введение, в котором раскрываются тема и цель занятия;
- обмен чувствами, ожиданиями между участниками группы;
- основная часть;
- домашнее задание;
- подведение итогов занятия (что было важным, полезным на занятии)

Правила работы группы:

- правило «здесь и сейчас»;
- правило конфиденциальности;
- правило безоценочности суждений;
- принцип личной ответственности;
- правило не давать советов;
- принцип активности (личного вклада);
- правило «стоп»;
- принцип постоянства места, времени, состава;
- правило «Я-высказываний»;
- правило искренности.

Группа могла вносить изменения в правила, добавлять свои, что обсуждалось на первом групповом занятии.

Занятие 1

Цель: организация групповой работы. Преодоление информационного дефицита о проблеме наркомании.

Задачи:

1) знакомство участников;
2) цели, ожидания, опасения участников;
3) информирование участников о целях и задачах тренинга;
4) выработка групповых правил и норм;
5) групповая дискуссия о проблеме наркомании;
6) лекция «Внешние признаки употребления наркотиков (неспецифические и специфические признаки). Методы контроля и диагностики»;
7) подведение итогов занятия.

Занятие 2

Цели: знакомство с феноменом созависимости и осознание степени собственной эмоциональной вовлеченности в проблему зависимого поведения ребенка, мешающей эффективному совладанию с наркозависимостью.

Задачи:

1) выявление стереотипных способов совладания с проблемой (родители рассказывают о том, как они обнаружили то, что их ребенок употребляет наркотики; какие чувства пережили, как выражали их, какие действия предпринимали по преодолению наркомании; что из предпринятого имело положительный результат, а что было неэффективно);

2) заполнение шкалы созависимости (Ваисов С. Б., 2003);
3) интерпретация полученных результатов ведущими группы, беседа о феномене созависимости (определение и механизмы формирования);
4) осознание участниками доминирующих чувств, вызываемых поведением наркозависимого, мешающих эффективному вмешательству и контролю его наркоманического поведения (участники отмечают три пункта из «шкалы созависимости»; переформулируют их в утверждения, начиная со слова «Я»; проговаривают возникающие чувства при переформулировании);
5) домашнее задание: наблюдение за поведением ребенка со стороны с целью отметить происшедшие в его поведении изменения с момента начала употребления наркотиков;
6) подведение итогов занятия.

Комментарии. Необходимо помочь родителям справиться с чувством вины, переключив их с переживаний «там и тогда» на действия «здесь и сейчас», оказать поддержку родителям, подчеркивая их значимость, компетентность в вопросах помощи в выздоровлении их подростка («никто лучше не знает вашего сына», «никто более вас не заинтересован в его выздоровлении», «все ваши действия были продиктованы желанием видеть вашего ребенка счастливым» и т. д.). В подведении итогов необходимо обязательно найти и проговорить, что явилось важным, полезным в ходе работы. Это развивает умение замечать малейшие полезные изменения в поведении ребенка, учит родителей быть внимательным к собственным изменениям.

Занятие 3

Цель: осознание проблемы наркомании как проблемного, дезадаптивного поведения.

Задачи:

1) анализ изменений в поведении подростка с момента начала употребления ПАВ;
2) анализ изменений в семейном взаимодействии с момента употребления ребенком ПАВ;
3) беседа на тему «Биопсихосоциальная природа наркомании»;
4) домашнее задание: «разделить» проблему наркомании у подростка на составляющее ее проблемное поведение (позднее возвращение, прогулы, воровство, конфликтность, уходы из дома, проблемы со здоровьем и т. д.);
5) подведение итогов занятия.

Комментарии. Ведущие объясняют, что действия родителей должны быть направлены не на излечение наркомании, которая является хроническим заболеванием, при котором патофизиологические изменения не поддаются полной фармакологической коррекции, а на решение негативных социальных последствий употребления ПАВ, касающихся семьи больного. Необходимо подчеркнуть степень ответственности за результаты реабилитации всех ее участников (необходимость воздействий на все уровни болезни: медикаментозное лечение — биологический уровень, индивидуальная и групповая психокоррекция — индивидуально-психологический уровень, работа с семьей, социальным окружением — социально-психологический уровень), что позволит скорректировать неоправ-

данные собственные ожидания и завышенную степень ответственности за выздоровление ребенка у родителей.

Занятие 4

Цель: продолжение работы с осознанием наркомании как проблемного поведения.

Задачи:

1) анализ составных частей проблемы зависимого поведения и того, как это влияет на семейное функционирование;
2) беседа «Опасные последствия употребления ПАВ: медицинские и юридические аспекты»;
3) анализ возможных способов влияния на дезадаптивное поведение подростка;
4) домашнее задание: каким способом обычно в семье оказывается влияние на дезадаптивное поведение;
5) подведение итогов занятия.

Комментарии. При обсуждении составных частей проблемного поведения необходимо подчеркнуть постепенность (пошаговость) ожидаемых изменений поведения, обратить внимание на длительность процесса выздоровления, на настойчивость и последовательность действий родителей.

Занятие 5

Цель: знакомство и овладение конструктивными способами взаимодействия с ребенком.

Задачи:

1) обсуждение и анализ обычных способов воздействия на проблемное поведение подростка со стороны родителей, реакция ребенка на них;
2) знакомство с техникой «Я-послание» (пять шагов):
   - выбрать место и время для разговора;
   - сказать ребенку о своих чувствах по поводу его конкретного поступка, начиная со слова «Я»;
   - сказать ребенку о своих потребностях («что я хочу»), объяснить, для чего вам это нужно;
   - сказать ребенку, что вы намерены предпринять в случае нарушения вашего требования;
   - сказать ребенку, какое вы имеете право на эти действия;
3) участники группы знакомятся с первым правилом реабилитации «Не обещай ребенку того, что не сможешь выполнить!» (последовательность требований, предъявленных ребенку, и родительских действий);
4) домашнее задание: «список прав», запись «Я-послания»;
5) подведение итогов занятия.

Комментарии. Подчеркивается различие между требованием и просьбой. Требования должны быть выполнены, их игнорирование влечет за собой санкции со стороны родителей. Просьба может предполагать отказ.

Техника «Я-послание» базируется на трех принципах: краткость (пять предложений), конкретность (понятное требование и действие), серьезность намерений

(готовность родителей к выполнению заявленных действий). Последний принцип обеспечивается первым правилом реабилитации: «Не обещай ребенку того, что не сможешь выполнить». Родителям необходимо научиться разделять свои потребности и потребности ребенка. Обращение типа «ты должен..., потому что это нужно для тебя...» заменяются на «я хочу..., потому что это нужно мне...». Важно подчеркнуть, что сама по себе техника не решает проблему употребления подростком ПАВ, но применение ее в конкретной ситуации, являющейся следствием наркомании, поможет постепенно формировать адаптивное поведение подростка.

Занятие 6

Цель: осознание родителями своих прав, обязанностей и ответственности.

Задачи:

1) участники зачитывают технику «Я-послание», дают обратную связь, анализируют типичные ошибки (упражнение выполняется в виде ролевой игры);
2) анализ «списка прав»: какие из прав игнорируются в настоящей жизни, что препятствует их реализации, при каких обстоятельствах возможна реализация своих прав;
3) дискуссия на тему «Зрелость и самостоятельность: права, контроль, ответственность»;
4) осознание проблемы наркомании как проблемы незрелой (инфантильной) личности. Задача реабилитации — формирование самодостаточной, зрелой личности;
5) способы воспитания зрелой личности: постепенная передача ответственности ребенку за свои поступки, действия, жизнь. Правило реабилитации № 2: «Не делай за ребенка то, что он может сделать сейчас сам»;
6) составление письма группе подростков «Наши права, обязанности и ответственность»;
7) домашнее задание: написать, что должен уметь делать подросток, чтобы удовлетворять свои потребности; за что вы готовы передать ответственность своему ребенку;
8) подведение итогов занятия.

Комментарии. Необходимо обратить внимание родителей на закономерность: чем больше у личности прав, тем меньше внешний контроль, тем больше самоконтроль и ответственность. Для ребенка с незрелой личностью характерен низкий уровень самоконтроля, что предполагает внешний контроль со стороны родителей и принятие ими на себя ответственности за поступки и действия ребенка (подростка). Постепенная передача ответственности от родителей к подросткам способствует воспитанию самоконтроля, а принятие личностью ответственности способствует расширению ее прав. Стремление родителей наркозависимых к постоянному контролю своих детей обусловлено потребностями самих родителей в спокойствии и желании избежать отрицательных эмоций. Невозможность полностью контролировать поведение другого человека приводит к еще большему дискомфорту, понижению самооценки, пессимизму и отчаянию, для совладания с этим родители усиливают контроль. Этот порочный круг лежит в основе формирования феномена созависимости. Подчеркивается важность изменения поведения самих родителей.

Занятие 7

Цель: овладение навыками передачи ответственности своему ребенку.

Задачи:

1) обсуждение письма группы подростков «Наши права, наши обязанности, ваш контроль»;
2) обсуждение списка действий подростка, за которые родители готовы передать ему ответственность;
3) применение техники «Я-послание» для передачи ответственности подростку (ролевая игра);
4) обсуждение трудностей при передаче ответственности, которые испытывают родители. Разделение их на две группы: трудности, связанные с собственной личностью, трудности, обусловленные внешними причинами;
5) домашнее задание: применить технику «Я-послание» во взаимодействии с подростком;
6) подведение итогов занятия.

Комментарии. Обратить внимание родителей на то, что самостоятельность, взросление ребенка часто сопряжены с переживаниями родителями чувств страха, недоверия и др. Совладание с ними поможет ребенку стать по-настоящему самостоятельным, т. е. обладающим умениями удовлетворять свои потребности, защитить свое здоровье, благополучие и жизнь. Проблема доверия предполагает взаимное доверие сторон и обоюдное принятие помощи.

Занятие 8

Цель: актуализация способности воздействия на поведение подростка. Осознание проблем воспитания.

Задачи:

1) обсуждение домашнего задания. Эффективность техники «Я-послания», факторы влияющие на нее;
2) «мозговой штурм»: возможные наказания, санкции;
3) анализ факторов, препятствующих применению санкций;
4) беседа на тему «Стили воспитания»;
5) способы подкрепления адаптивного поведения ребенка. Правило реабилитации № 3: «Хвали ребенка в три раза чаще, чем ругай его»;
6) письмо группе подростков на тему «Дорогой мой ребенок»;
7) домашнее задание: описать изменения в поведении подростка с момента прохождения реабилитации;
8) подведение итогов занятия.

Комментарии. При выполнении третьего правила реабилитации родители нередко испытывают определенные трудности из-за переживания обиды, разочарования, злобы, а также стремления быстро достичь «программы максимум» — прекращения наркотизации подростка. Ориентация на постепенное, пошаговое изменение, вера в собственные силы, в правильность действий, направленных на это, позволяют увидеть малейшие изменения, тем самым поощряя подростка к дальнейшим позитивным действиям. Подчеркивается важность последовательности и согласованности действий родителей, необходимость для подростка кон-

статации происходящих изменений в его поведении, поддержка положительных изменений и значимость этих изменений для родителей.

Занятие 9

Цель: овладение навыками конструктивного разрешения конфликтных ситуаций.

Задачи:

1) анализ изменений в поведении подростков. Типичные проблемы взаимодействия в семье на настоящем этапе;
2) знакомство с техникой ведения «конструктивного спора» по С. Кратохвилу (Kratochvil S., 1974, 1985), включающей в себя набор правил поведения: конкретность, вовлеченность, открытая ясная коммуникация, «честная игра»;
3) анализ типичных способов ведения спора родителями;
4) домашнее задание: наблюдение за стереотипами взаимодействия в семье, мешающими конструктивному разрешению проблем.
5) подведение итогов занятия.

Комментарии. Родителям раздается бланк анализа ведения конструктивного спора, в котором они отмечают типичные стереотипы взаимодействия. Необходимо подчеркнуть важность овладения данной техникой, приложение определенных усилий и временных затрат для ее освоения. Подчеркивается необходимость изменения собственного стереотипа поведения родителей для стимуляции изменений в поведении подростка.

Занятие 10

Цель: актуализация семейных и внесемейных ресурсов.

Задачи:

1) анализ эффективного взаимодействия в семье, влияние его на поведение подростка;
2) беседа на тему «Семья и ее функции»;
3) анализ результатов заполнения методики «Признаки гармоничной семьи» (Кулаков С. А., 1998). Родители отмечают признаки, присутствующие в их семьях. Отсутствующие признаки рассматриваются как неиспользованный ресурс семьи, направление динамики семейной системы;
4) расширение социальных сетей за счет использования семейных ресурсов и копинг-стратегии поиска социальной поддержки;
5) обсуждение письма группы подростков «Дорогие мои родители...»;
6) подведение итогов занятия;
7) завершение работы тренинговой группы: достигнутые цели, разрешенные задачи, планы.

Комментарии. В беседе о функциях семьи необходимо опираться на результаты диагностики, рассматривая способность семьи к адаптации. Подчеркивается важность таких параметров, как семейные роли, контроль, дисциплина, лидерство, важность семейной сплоченности, семейных ценностей, семейных ритуалов и т. д. Подчеркивается роль внесемейных институтов в преодолении семейных проблем, важность использования помощи социального окружения в решении кризисных и иных ситуаций. Уделяется внимание модельному поведению родителей в семье в развитии навыков адаптивного совладания у детей.

В ходе работы тренинга конкретные семейные ситуации не рассматриваются, это переносится на следующий, третий этап семейной психотерапии.

Психотерапия подростковой группы

Цель: оптимизация в целом функционирования подростка в семье и семьи.

Задачи:

1) расширение социальных сетей за счет использования семейных ресурсов и копинг-стратегии поиска социальной поддержки;
2) приобретение коммуникативных навыков;
3) овладение навыками конструктивного разрешения конфликтных ситуаций в семье.

Методы и техники психотерапии: групповая работа, ролевые игры, психогимнастика, дискуссия, «мозговой штурм».

Занятие 1

Цель: Организация групповой работы.

Задачи:

1) введение. Цели и задачи группы;
2) знакомство;
3) цели, опасения и ожидания участников;
4) групповые правила и нормы;
5) представление своей семьи (упражнение «Моя семья», метафора, девиз);
6) подведение итогов работы.

Комментарии. Подчеркнуть важность семьи в жизни любого человека как внешнего ресурса личности в преодолении жизненных трудностей.

Занятия 2–4

Цель: осознание проблемы наркозависимости как семейной проблемы.

Занятие 2

Задачи:

1) анализ влияния поведения наркозависимого на функционирование семьи (упражнение «Моя семья до моего употребления ПАВ, когда узнала о нем, сейчас»);
2) беседа «Семейные роли»;
3) психоскульптурирование. Осознание роли наркозависимого в семье;
4) подведение итогов занятия.

Комментарии. В ходе обсуждения происходит снятие уникальности переживаний, подчеркивается типичность ситуаций, обращается внимание на связь между поведением наркозависимого и функционированием семьи, осознается его семейная роль.

Занятие 3

Задачи:

1) осознание роли семьи в совладании с проблемой первого знакомства подростка с ПАВ (ролевая игра «Воскресный обед»);

2) выявление семейных механизмов, способствующих /препятствующих употреблению ПАВ;
3) подведение итогов занятия.

Комментарии. В ролевой игре в ходе проецирования проблем, свойственных собственной семье, происходит осознание причин, способствующих употреблению ПАВ, а также семейных механизмов, препятствующих началу и продолжению наркотизации.

Занятие 4

Задачи:

1) осознание членами семьи переживаемых чувств в момент семейного кризиса (ролевая игра «Семья узнает об употреблении наркотиков подростком»);
2) анализ действий родителей с точки зрения эффективного совладания с проблемой зависимости. Успешность предпринятых мероприятий;
3) подведение итогов занятия.

Комментарии. Осознание ситуации потребления как стрессовой проблемы для семейной системы. Обращение внимания на то, как чувства членов семьи влияют на их действия, направленные на поведение зависимого подростка, на их успешность и эффективность. Насколько членам семьи удается совладать с проблемой, как и что влияет на эффективность совладания (эмоции, стереотипы поведения, установки и т. д.)

Занятие 5

Цель: разделение ответственности за эффективность выздоровления между членами семьи.

Задачи:

1) анализ поведения наркозависимого, отказывающегося от лечения. Причины отказа. (Ролевая игра «Отказ от лечения»);
2) анализ возможностей членов семьи повлиять на выбор пациента;
3) выработка и анализ эффективных способов воздействия на подростка, сопротивляющегося терапии;
4) подведение итогов занятия.

Комментарии. Подчеркивая биопсихосоциальную модель заболевания, необходимо особо выделить индивидуально-психологический и социально-психологический уровни. Осознание и принятие ответственности за выздоровление повышает мотивацию у подростка к лечению и помогает разделить ответственность за эффективность реабилитации с родителями и специалистами.

Занятие 6

Цель: осознание болезненной зависимости как препятствия к самостоятельности и взрослению.

Задачи:

1) осознание собственных прав и возможностей в их реализации (упражнение «Мои права»);
2) осознание влияния болезненной зависимости на реализацию своих прав;
3) осознание связи понятий «права», «ответственность», «обязанность», «самостоятельность», «взросление»;

4) осознание контроля со стороны родителей как необходимого условия преодоления зависимости от ПАВ (письмо родителям «Наши права, наши обязанности — ваш контроль»).

Комментарии. В ходе дискуссии подчеркивается проблема наркомании как выбор незрелой личности, не готовой нести ответственность за реализацию своих прав. Разъясняется процесс воспитания как переход от внешнего контроля со стороны семьи и ближайшего окружения к самоконтролю, ответственному поведению человека, способного сохранить здоровье личности в широком смысле этого слова (Ананьев В. А., Давиденко Д. Н., Петленко В. П., Хомутов Г. А. 2001; Ананьев В. А., Евсеев С. П., Давиденко Д. Н., Петленко В. П. 2003).

Занятие 7

Цель: научение конструктивным навыкам совладания с проблемами семьи выздоравливающего.

Задачи:

1) осознание настоящих семейных проблем и, как следствие, проблемы зависимого поведения (упражнение «Проблемы нашей семьи сегодня» — список);
2) осознание роли семьи в провоцировании и поддержании проблемного поведения. Осознание собственной роли в поддержании деструктивного стереотипа семейного взаимодействия (техника психоскульптурирования «Моя семья сегодня»);
3) осознание адаптивных семейных механизмов по разрешению настоящих проблем (обсуждение письма родителей «Наши права, обязанности и ответственность»);
4) обсуждение итогов занятия.

Комментарии. Подчеркивается необходимость преодоления настоящих проблем как этапа выздоровления всей семьи. Ответственность всех членов семьи за их возникновение и разрешение. Обсуждается проблема доверия/недоверия как следствия потребления ПАВ.

Занятие 8

Цель: обучение конструктивным методам совладания в конфликтных ситуациях.

Задачи:

1) осознание типичного поведения членов семьи в конфликтных ситуациях (ролевая игра «Семейный конфликт»);
2) осознание дезадаптивных и конструктивных приемов в конфликтной ситуации. Причины дезадаптивных стереотипов поведения;
3) знакомство с техникой ведения «конструктивного спора» по С. Кратохвилу (Kratochvil S., 1974, 1985).
4) обсуждение итогов занятия.

Комментарии. Подчеркивается ответственность обеих сторон за неконструктивное взаимодействие в конфликтных ситуациях, влияние собственных эмоций на результат спора, возможности и способы их контролирования.

Занятие 9

Цель: осознание и принятие семейных ресурсов.

Задачи:

1) осознание возможностей семьи в разрешении проблем конкретного члена семьи;
2) осознание возможности изменения семейного функционирования и желаемое направление этих изменений (психогимнастическая техника «Скульптура идеальной семьи»);
3) анализ письма родителей «Дорогой мой ребенок». Ожидания родителей. анализ собственных чувств, вызвнных этим обращением;
4) послание родителям «Дорогие мои родители»;
5) подведение итогов занятия.

Комментарии. В обсуждении важно обратить внимание на сплоченность семьи, влияние сплоченности на семейное функционирование, на возможности изменений и личностного роста каждого ее члена и изменений самой семьи. Подчеркивается важность следования принципам идеальной семьи и ожиданиям родителей для оптимизации семейного функционирования, личная самостоятельность и принадлежность семейной группе.

Занятие 10

Цель: расширение временной перспективы для собственной семьи.

Задачи:

1) осознание возможных изменений в семейной системе и принятие их необходимости (психогимнастическая техника «Моя семья через 5 лет»);
2) осознание своего места в семье и места семьи в собственной жизни;
3) осознание необходимости собственных действий для личностного роста и роста семьи как гармоничной системы;
4) обсуждение итогов занятия;
5) подведение итогов групповой работы.

Комментарии. Подчеркивается зависимость функционирования семейной системы от каждого ее члена: при изменении поведения хотя бы одного ее члена вынуждена меняться и сама семья. Отделение молодого человека от семейной системы рассматривается как необходимое условие взросления и эволюции семейной системы.

Возникающие семейные проблемы, незатронутые в ходе групповой работы, выносятся на третий этап описываемой модели.

Этап III. Разрешение семейных проблем периода реабилитации

Цель: поддержание адаптивного семейного функционирования в период прохождения реабилитационной программы.

Задачи:

1) использование семейных ресурсов в поддержании устойчивой мотивации ее члена на сознательный отказ от употребления ПАВ и участие в реабилитационной программе;
2) профилактика провоцирующих семейных ситуаций;

3) совладание с конфликтными ситуациями с помощью привлечения «третьей силы» — семейного психотерапевта;
4) помощь семейной системе в эффективном использовании своего контроля над поведением выздоравливающего, в установлении баланса между необходимым контролем и передачей ответственности подростку за его поведение.

Методы психотерапии: семейная системная психотерапия.

Реализация: семейные сессии с частотой 1 раз в 2 недели, всего 4 встречи по 2 часа каждая. На встречах присутствуют все члены семьи.

Сессия 1

Цель: составление семейного договора на 3 месяца.

Задачи:

1) анализ конкретного ожидаемого поведения;
2) принятие прав и ответственности сторон;
3) выработка механизмов воздействия на дезадаптивное поведение (конкретные санкции);
4) выработка механизмов подкрепления адаптивного поведения (поощрения);
5) выработка критериев его достижения;
6) принятие ответственности за выполнение договора обеими сторонами (стороны подписывают договор в двух экземплярах, каждый получает по экземпляру).

Комментарии. Подчеркивается важность соблюдения подписанного соглашения как механизма эффективной реабилитации, ответственность всех участников за соблюдение договора, необходимость терпения, последовательности и настойчивости в его выполнении.

Последующие три сессии посвящены конкретным проблемам и трудностям, возникающим в семье и связанным с проблемой зависимости ее члена.

Этап IV. Поддерживающий

Цель: поддержание адаптивного семейного функционирования в период реабилитации.

Задачи:

1) помощь семье в постепенной передаче ответственности за поведение выздоравливающему и снятии с себя избыточной контролирующей функции;
2) осознание иных семейных проблем, не связанных с проблемой наркотизации ее члена;
3) разделение ответственности между подростком и родителями за свою жизнь и судьбу семьи.

Методы психотерапии: семейная системная психотерапия.

Частота встреч: 1 раз в месяц, сессия продолжительностью 2 часа.

Комментарии. При необходимости и желании родителей заключается новый семейный договор на разрешение проблем в семье, не связанных с проблемой употребления ПАВ (чаще это супружеские проблемы).

При нежелании семьи участвовать в реабилитационной программе работа с подростком ориентируется на постепенное отделение его от семейной системы, применение той же тактики необходимо при явном деструктивном супружеском конфликте, который может спровоцировать возврат к наркотизации подростка.

Данная модель может быть расширена путем внесения новых предложений, альтернативных способов повышения эффективности реабилитации. Подбор техник и тем для дискуссий строится на результатах предварительной семейной диагностики участников реабилитации, их заявок и ожиданий с сохранением основных принципов и подходов в их реализации.

Оценка эффективности модели краткосрочной бифокальной семейно-групповой психотерапии (МКБСГП)

Результаты катамнестического наблюдения наркозависимых подростков, прошедших реабилитацию в ДПНРЦ в 2001–2002 гг.

Критерием эффективности реабилитации больных наркоманией является срок ремиссии более 1 года. Проведенное катамнестическое наблюдение (опрос по телефону) пациентов, прошедших реабилитацию в условиях дневного стационара в 2001–2002 гг., показало эффективность применения данной модели в комплексной программе реабилитации. Статистическая обработка методом сравнения выборочных долей по критерию Фишера показала достоверность полученных результатов: доля больных подростков, находящихся в ремиссии более 1 года (на момент опроса), семьи которых участвовали в программе реабилитации по МКБСГПТ, значимо выше ($p<0{,}001$), чем доля находящихся в ремиссии наркозависимых подростков, семьи которых не работали по данной модели (табл. 22).

Таблица 22

	2001			2002			всего		
Пролечено	276			89			345		
Опрошено	108 (38,8%)			36 (40,4%)			144 (41,7%)		
Участие в КБСГМПТ абсолютное число, процент от опрошенных	да	нет	Р φ	да	нет	Р φ	да	нет	Р φ
	5 54,6%	49 45,4%		2 61,1%	14 38,9%		81 56,3%	63 43,7%	
Ремиссия, абсолютное число, %	24 40,7%	8 16,3%	<0,01 2,62	15 68,2%	5 35,7%	>0,05 1,58	39 48,1%	13 20,6%	<0,00 3,33
Рецидив, абсолютное число, %	35 59,3%	41 83,7%	<0,01 2,62	7 31,8%	9 64,3%	>0,05 1,58	42 51,9%	50 79,4%	<0,00 3,3

Таким образом, доля подростков, находящихся в ремиссии, из группы семей, прошедших реабилитацию по модели КБСГПТ, в 2,4 раза больше, нежели доля подростков, находящихся в ремиссии, члены семьи которых отказались от участия в прохождении семейно-групповой психотерапии ($p < 0{,}001$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хочется выразить надежду, что те задачи, которые мы ставили перед собой: создание теории и методологии семьи как многоуровневой и многофункциональной системы, которые позволят понять разные формы функционирования ее как в норме, так и в тех случаях, когда кто-либо из ее членов болен нервно-психическим заболеванием; разработка диагностических подходов и методов семейной психотерапии, специфичных для разных нозологических единиц, — в известной мере оказались решенными.

Что же изменилось за 17 лет с момента выхода в свет нашей монографии «Семейная психотерапия» (1990) — первой в СССР? Пожалуй, мы обрели больше спокойствия и доверия к своему и чужому опыту. Для сравнения мы уделили так много места изложению опыта западных психотерапевтов.

В стране появилось много семейных психотерапевтов — приверженцев разных школ, которых отличают интерес, креативность, стремление открывать новое.

На факультетах психологии многих вузов России появилась специализация «Семейная психология».

Открыты кафедры семейной психотерапии в основном в негосударственных образовательных учреждениях.

Среди семейных психотерапевтов сохраняется паритет между врачами и психологами.

В семейной психотерапии мы стараемся не засорять свою работу техниками, а сосредоточиться на исследовании перспектив и возможностей, которые всегда есть у каждой семьи. Мы думаем, что семейная психотерапия — это экзистенциальная встреча, в которой происходят большие изменения как в жизни семьи, так и в жизни психотерапевта. Мы сохраняем пиетет перед наукой, но у нас появилось новое отношение к ней.

Наша книга основана на опыте и здравом смысле. Концептуализацию мы рассматриваем как важный эстетический момент в познании, как украшение того, что изначально красиво — картины мира, привнесение в нее гармонии. Мы не учим и не будем никого учить, ибо это бесполезно. Кто захочет стать психотерапевтом, станет им.

Разумеется, не все вопросы были освещены нами равномерно и в достаточном объеме, но достигнутый уровень осмысления психотерапевтического опыта, возможно, поможет взглянуть с новой точки зрения на проблемы семейной диагностики и семейной психотерапии, а также найти новые пути их решения.

На очень многие вопросы мы не знаем ответа.

- Что же такое семейная психотерапия?
- Как сделать ее экономичной, успешной и доступной?
- Как учить психотерапии?
- Почему некоторые семейные психотерапевты знают, что такое несчастье, не только по рассказам пациентов, но и сами несчастливы?

Если занятие семейной психотерапией является сублимацией, то тогда оно сродни искусству. Если одной из движущих сил психотерапевта являются проти-

вопереносы, то тогда семейная психотерапия превращается из терапии в болезнь. И сразу появляются новые вопросы: учить или лечить психотерапевта? Каковы критерии отграничения процессов лечения от процессов обучения при подготовке психотерапевтов?

На эти вопросы нам предстоит дать ответы если не в следующей книге, то в дискуссиях с коллегами.

Важной проблемой, не нашедшей решения на страницах нашей книги, является соотношение терапевтических и хирургических вмешательств в семейной психотерапии. Использование теории круговой причинности повышает привлекательность терапевтических подходов, так как изменения у одних членов семьи вызывают изменения у других. Но в жизни семьи часто подвергают себя и хирургическим вмешательствам — ампутациям, резекциям и абортам: супруги разводятся, делят имущество, кого-то выгоняют. После этих операций семьи с изменившейся анатомией и «ампутанты» — изгнанники, одиночки — начинают новую жизнь, которая подчас лучше, чем прежняя. Следовательно, психоаналитическая теория «индивида-героя-одиночки» также сохраняет свою жизнеспособность.

Нам приятно сознавать, что огромный опыт отечественных психотерапевтов нашел свое достойное выражение на страницах многих книг по семейной психотерапии, а ответы на сформулированные нами вопросы будут найдены другими.

ПРИЛОЖЕНИЯ



Уходы детей из семьи

Методики изучения семьи в ходе семейной психотерапии

Ниже мы помещаем психологические методики изучения семьи, разработанные нами и нашими сотрудниками специально для обеспечения поэтапного выявления семейного источника психической травматизации личности.

Цель этих методик и применение их для изучения семьи подробно описаны в соответствующих разделах книги. Методики «Типовое семейное состояние», «Наивная семейная психология» (НСП), методическая процедура ПТС, или «Симпатия», опросник АСТ, опросник КДС, шкала «Внешнее нормативное сопротивление» имеют своей целью получение информации об определенной стороне семейной жизни, причем необходимо продолжение работы по установлению надежности, валидности и других параметров некоторых из них — опросника КДС, шкалы «Внешнее нормативное сопротивление» и опросника АСТ. Все методики этой группы проверялись на консистентность с помощью метода Кьюдера Ричардсона (Анастази А., 1982), приводятся коэффициенты «r_{11}» по отдельным методикам. Во всех случаях изучалась валидность каждого из опросников по избранному критерию — по данным клинической оценки измеряемого качества у определенной семьи или индивида (Анастази А., 1982). Для выявления валидности использовался коэффициент ранговой корреляции Кендэла между баллом (рангом) опросника и критерия.

Подчеркнем, что приведенные методики не могут заменить клиническое изучение семьи. Они выступают в роли «умного советчика», дающего возможность уточнить, конкретизировать данные клинического наблюдения, а в случае расхождения с ними побуждают к более внимательному изучению объекта.

Работа над совершенствованием методик продолжается, поэтому авторы оставляют за собой право внесения в них дальнейших изменений и уточнений.

При изложении методик будут применяться следующие сокращения:

r_{11} — коэффициент консистентности, рассчитанный по Кьюдеру—Ричардсону;

ро — коэффициент ранговой корреляции Кендэла;

р — уровень статистической существенности коэффициента;

n — величина выборки, по данным которой проводилась валидизация и определение уровня консистентности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Методика «Семейно обусловленное состояние»

1. Психолог: «Мысленно вернитесь домой в семью. Вспомните чувства, с которыми вы открываете дверь дома, с которыми вспоминаете домашние дела на работе. Как вы себя чувствуете в выходные дни и по вечерам? В общем, вспомните всю вашу семейную жизнь. Каким вы себя чувствуете чаще всего? Отметьте на шкалах».

   Психолог (*вручает бланк для ответов*).

   Обследуемый (*отмечает*).

2. Психолог (*обращает внимание на качество, наиболее выраженное на шкалах*): «Вы отметили, что чувствуете себя в семье очень... (*называет соответствующее качество*). Приятное это чувство или скорее неприятное? Прошу вас вспомнить несколько случаев из вашей семейной жизни, когда вы чувствовали себя очень... (*называется то же состояние*)».

3. Обследуемый (*рассказывает*).

   Психолог: «Попробуйте еще раз оценить свое состояние дома на этих же шкалах. Все остается по-старому или что-то изменяется?»

   Обследуемый обычно меняет оценку по некоторым шкалам. Если при этом на первый план вышло другое состояние, то вся процедура повторяется с пункта 2.

Обработка: баллы по шкалам, обозначенным одинаковым индексом, суммируются. Состояние констатируется, если сумма оценок по 4 субшкалам превышается или равна по У (общая неудовлетворенность) 26 баллам; по Н (нервно-психическое напряжение) — 27 баллам; по Т (семейная тревожность) — 26 баллам.

Бланк к методике «семейно обусловленное состояние»

Довольным	0								7	Недовольным	**У**
Спокойным	0								7	Встревоженным	**Т**
Напряженным	0								7	Расслабленным	**Н**
Радостным	0								7	Огорченным	**У**
Нужным	0								7	Лишним	**Т**
Отдохнувшим	0								7	Усталым	**Н**
Здоровым	0								7	Больным	**У**
Смелым	0								7	Робким	**Т**
Беззаботным	0								7	Озабоченным	**Н**
Плохим	0								7	Хорошим	**У**
Ловким	0								7	Неуклюжим	**Т**
Свободным	0								7	Занятым	**Н**

Т ______; У ______; Н ______.

Фамилия, имя, отчество ____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Опросник «Анализ семейной тревоги» (АСТ)

Уважаемый товарищ! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о Вашем самочувствии дома, в семье. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке опросника АСТ».

Читайте по очереди утверждения опросника.

Если Вы в общем согласны с ними, то на бланке обведите кружком номер утверждения. Если Вы в общем не согласны — зачеркните этот же номер.

Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше трех. Помните, Вы характеризуете свое самочувствие в семье.

В опроснике нет «правильных» и «неправильных» утверждений. Отвечайте так, как чувствуете. Этим Вы поможете врачу.

1. Знаю, что члены моей семьи часто бывают недовольны мною.
2. Чувствую, что, как бы я ни поступил(а), все равно будет не так.
3. Я многое не успеваю сделать.
4. Так получается, что именно я чаще всего оказываюсь виноват(а) во всем, что случается в нашей семье.
5. Часто чувствую себя беспомощным (беспомощной).
6. Дома мне часто приходится нервничать.
7. Когда попадаю домой, чувствую себя неуклюжим (неуклюжей) и неловким (неловкой).
8. Некоторые члены семьи считают меня бестолковым (бестолковой).
9. Когда я дома, все время из-за чего-нибудь переживаю.
10. Часто чувствую на себе критические взгляды членов моей семьи.
11. Иду домой и с тревогой думаю, что еще случилось в мое отсутствие.
12. Дома у меня постоянно ощущение, что надо еще очень многое сделать.
13. Нередко чувствую себя лишним (лишней) дома.
14. Дома у меня такое положение, что просто опускаются руки.
15. Дома мне постоянно приходится сдерживаться.
16. Мне кажется, если бы я вдруг исчез (исчезла), то никто бы этого не заметил.
17. Идешь домой, думаешь, что будешь делать одно, но, как правило, приходится делать совсем другое.
18. Как подумаю о своих семейных делах, начинаю волноваться.
19. Некоторым членам моей семьи бывает неудобно из-за меня перед друзьями и знакомыми.
20. Часто бывает: хочу сделать хорошо, но оказывается, вышло плохо.
21. Мне многое у нас не нравится, но я этого стараюсь не показывать.

Бланк опросника АСТ

1	4	7	10	13	16	19	В	/5
2	5	8	11	14	17	20	Т	/5
3	6	9	12	15	18	21	Н	/6

С = /14

Фамилия, имя, отчество ____

Примечание. Данные по валидизации методики: ро = 0,66; р = 0,01; r_{11} = 0,56; р = 0,01; n = = 72 человека.

Правило обработки результатов по опроснику АСТ

- **Шкала В — Вина.** Член семьи с высоким показателем В постоянно чувствует себя не в порядке – медлительный, неуклюжий, всем только мешающий.
- **Шкала Т — Тревога.** Член семьи с показателем Т – постоянно опасающийся, что не успеет, не справится, не заметит, не сделает или неправильно сделает.
- **Шкала Н — Напряженность**. Член семьи с высоким показателем Н постоянно напряжен, настороже, прилагает слишком много сил даже для обычных семейных дел, нервничает.

							Диагностическое число — число согласий с утверждениями шкалы	
1	4	7	10	13	16	19	5	В
2	5	8	11	14	17	20	5	Т
3	6	9	12	15	18	21	6	Н

Суммарное диагностическое число, отражающее ОСТ (общую семейную тревожность) равно 14, т. е. получено 14 согласий с любыми утверждениями любой из шкал.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Опросник «Конструктивно-деструктивная семья» (КДС)

Уважаемый товарищ! Предлагаемый опросник содержит утверждения о члене Вашей семьи, который доставляет Вам больше всего забот. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке опросника КДС».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то на бланке обведите кружком номер утверждения. Если Вы в общем не согласны — зачеркните этот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше трех.

В опроснике нет «правильных» и «неправильных» утверждений. Отвечайте, как есть на самом деле, как вы думаете. Этим Вы поможете врачу. Помните, Вы отвечаете о члене Вашей семьи, который доставляет Вам больше всего хлопот.

1. Уверен, что помочь ему (ей) могут только самые строгие меры.
2. Когда смотрю на него (нее), думаю, что судьба ко мне несправедлива.
3. Я никогда не знаю, что у него (нее) на уме.
4. Порой думаю: «Было бы лучше, если бы он (она) куда-нибудь исчез (ла)».
5. Что бы мы с ним (ней) ни делали, он (она) становится все хуже.
6. Окружающие считают меня виноватым (виноватой) в том, что происходит с ним (ней).
7. Нередко он (она) исчезает, и я не знаю, что с ним (ней).
8. Никто из окружающих не хочет помочь мне.
9. Он (она) не считается со мной.
10. Бывает, что мне неприятно иметь с ним (ней) дело.
11. Я никогда не знаю, что он (она) еще выкинет.
12. Он (она) относится ко мне враждебно.
13. К нему (ней) невозможно найти подход.
14. Из-за него (нее) у меня испорчены отношения со многими людьми.
15. Он (она) все скрывает от меня.
16. Если бы его (ее) не было, моя жизнь была бы счастливой и интересной.
17. Даже если он (она) твердо решит стать лучше, я знаю: все равно он (она) останется таким (ой), как был (а).
18. Мне стыдно, когда говорят о нем (ней).
19. Он (она) постоянно обманывает меня.
20. Его (ее) исправление (выздоровление) очень мало зависит от меня.

Бланк опросника КДС

	Д	К	Рез =		Шкала		
1	5	9	13	17	Влияние	5	2
2	6	10	14	18	Фрустрация	4	2
3	7	11	15	19	Информация	5	1
4	8	12	16	20	Отчуждение	3	0
	> 12 < 5						

Фамилия, имя, отчество ____

Примечания. Данные по валидизации методики:

ро по шкале «Влияние» = 0,72; по шкале «Фрустрация» = 0,62; по шкале «Информация» = 0,70; по шкале «Отчуждение» = 0,61; по выраженности деструктивного типа = 0,60;

р по всем — 0,01;

r_{11} по шкале «Влияние» = 0,80; по шкале «Фрустрация» = 0,60; по шкале «Информация» = 0,74; по шкале «Отчуждение» = 0,68; по выраженности деструктивного типа = 0,76;

р по всем — 0,01;

n = 102 человека.

Правила обработки результатов по опроснику КДС

- **Шкала «Влияние»** — при 5 баллах и больше диагностируется «деструктивное» чувство исчерпанности всех средств и связанного с этим бессилия сохранного члена семьи по отношению к проблемному. («Ничего не могу с ним поделать. Все средства исчерпаны»).
- **Шкала «Фрустрация»** — при 4 баллах и выше диагностируются «деструктивные» чувства отчаяния, неверие, что ситуация может улучшиться.
- **Шкала «Информация»** — 5 баллов и выше – отсутствие информации о проблемном члене семьи, особенно о его мыслях, чувствах и т. д. Сохранный член семьи не понимает, что происходит с проблемным. Поступки последнего поятоянно оказываются непредсказуемыми.
- **Шкала «Отчуждение»** — 3 балла и больше – член семьи, который больше всего заботится о проблемном и более всего чувствует себя ответственным, отчуждается и от проблемного, и от окружающих. Мать, которая пробует «вытащить» своего трудного сына, оказывается в центре критики: ее винят за все, что он творит, ей достается и от сына, поскольку она ему сильно «мешает». Поэтому она все более остается одна, без моральной и прочей поддержки.

Если сумма столбца Д больше 12, констатируем деструктивный тип отношения сохранного члена семьи к проблемному. Если меньше 5, то диагностируем конструктивный. Промежуточный — неопределенно.

Бланк опросника КДС

	Д	К	Рез =		Шкала	Если равно и более – деструктивное значение шкалы (Д)	Если равно и менее – конструктивное значение шкалы (К)
1	5	9	13	17	Влияние	5	2
2	6	10	14	18	Фрустрация	4	2
3	7	11	15	19	Информация	5	1
4	8	12	16	20	Отчуждение	3	0
Общее деструктивное и общее конструктивное число						больше 12	меньше 5

КДС заполнялась в семьях, где имеется «проблемный» член семьи: алкоголик, дезадаптированный подросток, психически больной. Заполняет член семьи, который больше всех занимается им, например мать подростка, жена алкоголика.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Диагностико-психотерапевтическая процедура «Наивная семейная психология» (НСП)

1. Психолог: «Сейчас мы будем изучать, хорошо ли вы знаете людей, умеете ли предвидеть их поступки, угадывать мысли, чувства, желания. Как вы сами считаете, хорошо ли вы знаете людей?»

   Обследуемый (отвечает).

   Психолог (*после ответа, вне зависимости от содержания*): «Такой ответ — хороший признак. Видимо, вы хорошо знаете людей!»

2. Психолог: «Представьте себе, что вы видите идущих по улице молодых людей — парня и девушку. Они идут вместе. Он положил ей руку на плечо. Можете ли вы более или менее уверенно определить, увидев такую пару, насколько они друг другу нравятся, какие чувства испытывают?»

   Обследуемый (отвечает).

   Психолог (*вне зависимости от содержания ответа*): «Очень хорошо!»

3. Психолог: «Можете ли вы по выражению лица человека определить чувства, который он испытывает? Давайте попробуем!»

   Психолог (рисует лица типа «точка, точка, запятая...»).

   Обследуемый (пытается установить выражаемое чувство).

   Психолог (одобряет вне зависимости от содержания ответа).

4. Психолог: «А теперь переходим к самому главному заданию. Я расскажу вам о случае, который действительно имел место. Этих людей я хорошо знаю. Попробуйте установить, чем кончился этот случай!»

   Психолог (зачитывает случай): «Ну, сможете ли вы в точности, безошибочно угадать, что сделал этот человек?»

   Обследуемый (вероятный ответ): «В точности установить очень трудно. Надо знать этих людей, их жизнь».

   Психолог: «Верно! Но я хорошо знаю этих людей. Поэтому задавайте мне любые вопросы о них. Только одно условие! Вопросы можно задавать только такие, на которые можно ответить либо “да”, либо “нет”. Договорились?»

   Обследуемый (начинает задавать вопросы).

   Психолог (по каждому вопросу): 1) одобряет вопрос; 2) дает уклончивый ответ; 3) записывает вопрос.

   Обследуемый (вероятная реплика): «Все! Могу установить, как он поступил».

   Психолог: «Одну минуточку подождите! На сколько процентов вы уверены, что правильно установили?»

Обследуемый (называет процент).

Психолог: «Итак, ваше мнение?»

Обследуемый (дает ответ).

Психолог (вне зависимости от ответа): «Угадали верно. Пожалуйста, поделитесь секретом, как вам удалось угадать? Что вы хотели установить с помощью первого вопроса?» (записывает). «Второго?» (записывает) и т. д.

5. Психолог (аналогичным образом, начиная с пункта 4, работает со случаем 2 и случаем 3).

Случай 1

Его фамилия Алексеев. Живет в Санкт-Петербурге. Зовут Иван Сергеевич. Ему 29 лет. Женат пятый год. Двое детей — близнецы: Толик и Таня. Работает инженером-конструктором, заработок скромный. Однажды ему позвонил однокурсник из Москвы. Он предложил переехать к нему, заняться более интересной работой. Заработок на несколько порядков выше.

Одна проблема — с квартирой. Возникла идея: он пока поедет один, а через пару лет возьмет и семью. Он долго колебался. С одной стороны, и перспектива, и работа, о которой давно мечтал, а с другой — жизнь вдали от семьи. Что он выбрал?

Случай 2

Вострин Сергей Сергеевич — сменный мастер. Однажды выиграл в карты 100 долларов. Начались сомнения — внести деньги в семейную кассу или оставить у себя в качестве карманных денег. Как он поступил?

Случай 3

Санев Сергей, 14 лет, заявил отцу, что вечером, несмотря на запрет отца, пойдет с друзьями на дискотеку. Отец нахмурился и подумал, что надо что-то сделать. Как он поступил?

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Опросник «Сенсорные предпочтения» Н. Л. Васильевой

Ф. И. О. ______________________________ возраст_______ дата_______________

Ответьте, пожалуйста, на вопросы, сравнивая попарно предлагаемые варианты ответов. Подчеркните выбранный ответ

.

Чтобы разобраться в незнакомой обстановке, я обычно

В	Смотрю	▾	Слушаю	А
А	Слушаю	▾	Полагаюсь на внутреннее чувство	К
К	Полагаюсь на внутреннее чувство	▾	Конструирую модель ситуации	Д
Д	Конструирую модель ситуации	▾	Смотрю	В
В	Смотрю	▾	Полагаюсь на внутреннее чувство	К
А	Слушаю	▾	Конструирую модель ситуации	Д

Для восприятия песни мне важнее

В	Ясность, чистота звучания	▾	Мелодия	А
А	Мелодия	▾	Эмоциональный настрой песни	К
К	Эмоциональный настрой песни	▾	Смысловая нагрузка текста	Д
Д	Смысловая нагрузка текста	▾	Ясность, чистота звучания	В
В	Ясность, чистота звучания	▾	Эмоциональный настрой песни	К
А	Мелодия	▾	Смысловая нагрузка текста	Д

Когда я хочу понять сложный материал, то

В	Смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	▾	Проговариваю вслух	А
А	Проговариваю вслух	▾	Записываю прочитанное	К
К	Записываю прочитанное	▾	Обдумываю значение отдельных слов, фраз	Д
Д	Обдумываю значение отдельных слов, фраз	▾	Смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	В
В	Смотрю на текст, подчеркиваю отдельные слова	▾	Записываю прочитанное	К
А	Проговариваю вслух	▾	Обдумываю значение отдельных слов, фраз	Д

Когда я расслабленно лежу в ванне, то

В	Передо мною проплывают приятные картины, образы	▼	Я наслаждаюсь тишиной	А
А	Я наслаждаюсь тишиной	▼	Я погружен в приятную негу	К
К	Я погружен в приятную негу	▼	Я пользуюсь возможностью поразмышлять	Д
Д	Я пользуюсь возможностью поразмышлять	▼	Передо мной проплывают приятные картины, образы	В
В	Передо мной проплывают приятные картины, образы	▼	Я погружен в приятную негу	К
А	Я наслаждаюсь тишиной	▼	Я пользуюсь возможностью поразмышлять	Д

В свободный день я предпочел бы

В	Посетить выставку	▼	Сходить на концерт	А
А	Сходить на концерт	▼	Расслабиться в сауне	К
К	Расслабиться в сауне	▼	Послушать выступление	Д
Д	Послушать выступление известного человека	▼	Посетить выставку	В
В	Посетить выставку	▼	Расслабиться в сауне	К
А	Сходить на концерт	▼	Послушать выступление известного человека	Д

Я знаю, что произвел хорошее впечатление, когда

В	На меня восторженно, с уважением смотрят	▼	Я слышу вокруг одобрительные интонации	А
А	Я слышу вокруг одобрительные интонации	▼	Мне пожимают руку, обнимают	К
К	Мне пожимают руку, обнимают	▼	Мне поясняют, что именно понравилось	Д
Д	Мне поясняют, что именно понравилось	▼	На меня восторженно, с уважением смотрят	В
В	На меня восторженно, с уважением смотрят	▼	Мне пожимают руку, обнимают	К
А	Я слышу вокруг одобрительные интонации	▼	Мне поясняют, что именно понравилось	Д

Я знаю, что мною недовольны, когда

В	У собеседника неприветливое выражение лица	▼	Со мной разговаривают неодобрительным или сухим тоном	А
А	Со мной разговаривают неодобрительным или сухим тоном	▼	Эмоциональный настрой песни	К
К	Не хотят подойти, избегают	▼	Критикуют, высказывают замечания	Д
Д	Критикуют, высказывают замечания	▼	У собеседника неприветливое выражение лица	В
В	У собеседника неприветливое выражение лица	▼	Не хотят подойти, избегают	К
А	Со мной разговаривают неодобрительным или сухим тоном	▼	Критикуют, высказывают замечания	Д

Когда я выражаю поддержку, симпатию, то

В	Смотрю с одобрением	▼	Говорю приветливым тоном	А
А	Говорю приветливым тоном	▼	Прикасаюсь, пожимаю руку	К
К	Прикасаюсь, пожимаю руку	▼	Сообщаю, что именно мне понравилось	Д
Д	Сообщаю, что именно мне понравилось	▼	Смотрю с одобрением	В
В	Смотрю с одобрением	▼	Прикасаюсь, пожимаю руку	К
А	Говорю приветливым тоном	▼	Сообщаю, что именно мне понравилось	Д

В ______ %; А _______ %; К _______ %; Д _______ %.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Методика «Сенсорные предпочтения в семье» Н. Л. Васильевой

Ф. И. О. ______________________________ возраст_________ дата ______________

Напишите, пожалуйста, рядом с каждым номером одного из членов своей семьи (мать, отец, муж, жена, дочь, сын, брат, сестра, бабушка, дедушка и т. п.).

Подчеркните тех родственников, которые живут вместе с Вами.

1. ___________ 2. ____________ 3. ____________ 4. ____________ 5. ___________

По выражению лица: я больше обращаю внимание на выражение лица 1, чем 2 (1 2)	**По звуку голоса, интонациям: я более чувствителен к интонациям 2, чем 1 (1 2)**	**По тактильному контакту: мне приятнее обнять, прикоснуться к 1, чем 2 (1 2)**	**По смыслу, содержанию речи: мне важнее понять то, что говорит 2, чем 1 (1 2)**
1 2	1 2	1 2	1 2
2 3	2 3	2 3	2 3
3 4	3 4	3 4	3 4
4 5	4 5	4 5	4 5
5 1	5 1	5 1	5 1
1 3	1 3	1 3	1 3
3 5	3 5	3 5	3 5
5 2	5 2	5 2	5 2
2 4	2 4	2 4	2 4
4 1	4 1	4 1	4 1

Сравните попарно, на кого из родственников Вы реагируете сильнее. Обратите внимание, что Вы измеряете не силу привязанности, а просто различие в восприятии. Номер выбранного в каждой паре члена семьи обведите кружком.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Методическая процедура «Симпатия», или ПТС («Предпочитаемый тип симпатии»)

1. Вступительная часть. Ранжирование портретов.

Психолог (раскладывает портреты в порядке нумерации).

Психолог: «Посмотрите, пожалуйста, внимательно на этих людей. Они разные по полу и возрасту и у каждого свой неповторимый характер, не похожий на другие. Представьте себе характеры этих людей».

Обследуемый (рассматривает портреты).

Психолог: «А теперь выберите среди них человека, который вам больше всего нравится».

Обследуемый (выбирает).

Психолог: «Спасибо» (*вынимает этот портрет*). «Положите его, пожалуйста, вот сюда. А теперь из оставшихся выберите, кто вам больше всех нравится, и положите его рядом, и так до тех пор, пока всех не разложите — от самого вам симпатичного до самого антипатичного».

Обследуемый (раскладывает).

Психолог (когда ранжирование заканчивается, переписывает номера карточек, затем вновь раскладывает в порядке нумерации).

2. Выявление ведущего стимула симпатии.

Психолог: «Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов, касающихся людей, портреты которых вы только что раскладывали» (стандартные вопросы приведены в конце методики).

Обследуемый (отвечает).

3. Психолог (устанавливает, носитель какого качества оказывается ближе всего к началу ряда. Например, какие качества приписывает обследуемый тому, кто ему «больше всего нравится»). Психолог (предлагает обследуемому проранжировать все портреты по упомянутому ка честву. Например, если наиболее нравящийся обследуемый — тот, кто более других способен ощутить чувство благодарности за добро, которое ему сделали, то психолог предлагает проранжировать всех — от наиболее способного до наименее способного ощутить чувство благодарности).

Обследуемый (выполняет ранжирование).

4. Психолог (вручает пустые карточки).

Психолог: «Представьте себе, что на этих пустых карточках — портреты членов вашей семьи. Обозначьте каждого как вам удобно».

Обследуемый (обозначает).

Психолог: «А теперь вставьте в эти карточки ряд портретов. На какое место вы положили бы каждого?»

Обследуемый (раскладывает).

Если изучается несколько ведущих стимулов симпатии, то все повторяется со следующим качеством, начиная с пункта 3.

Оценка: каждому члену семьи, «пустые карточки» которых раскладывались, присваивается условный балл, равный... 36, — место портрета в ряду.

5. Интервью по конкретизации ведущего стимула.

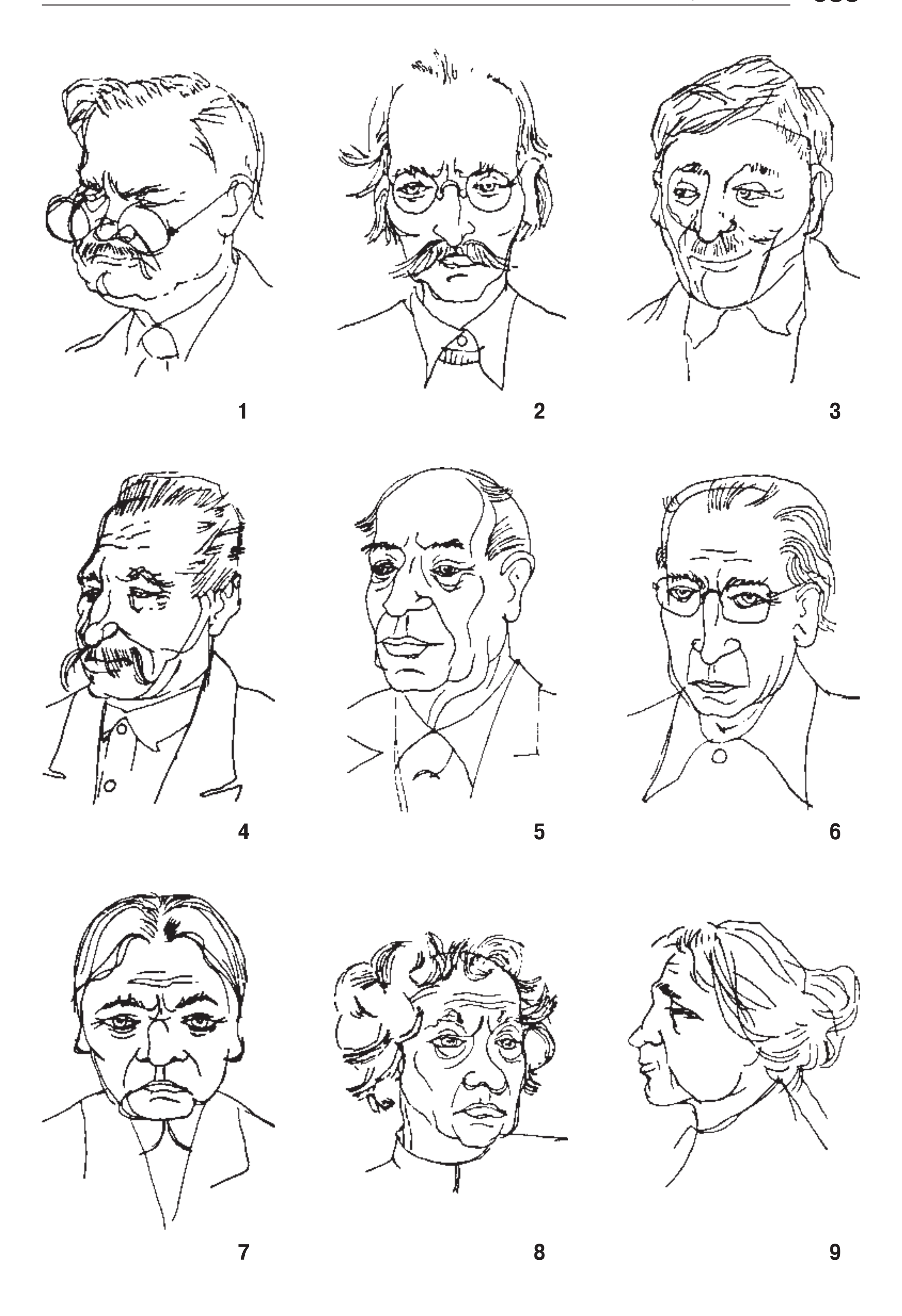
Психолог (кладет перед обследуемым портрет человека, наиболее привлекательного по ведущему стимулу).

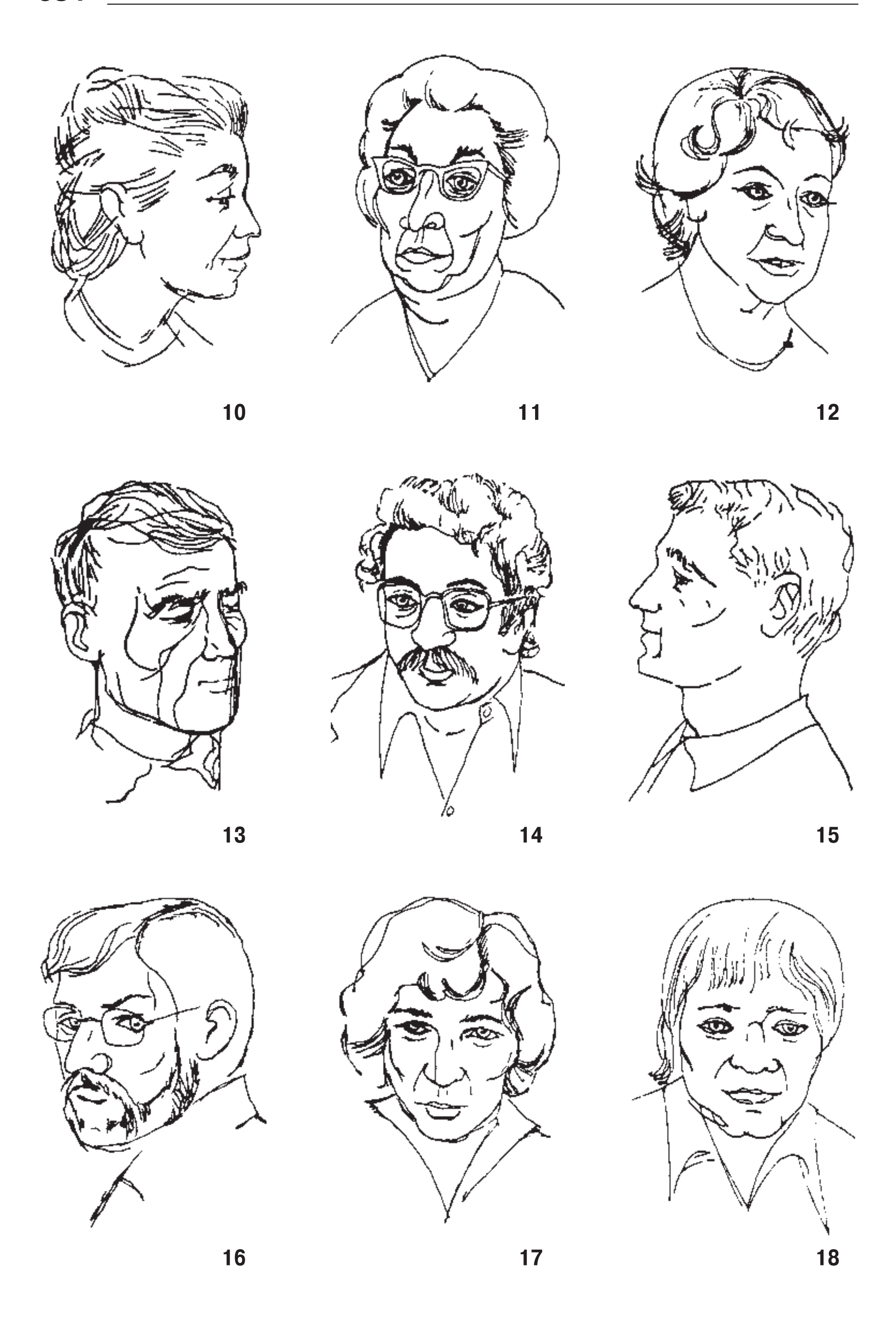
Психолог : «Расскажите, пожалуйста, как можно подробнее об этом человеке. Что он сейчас делает? О чем думает? В каком он настроении? Кем бы он мог быть лично вам? Что ему нравится и что не нравится?»

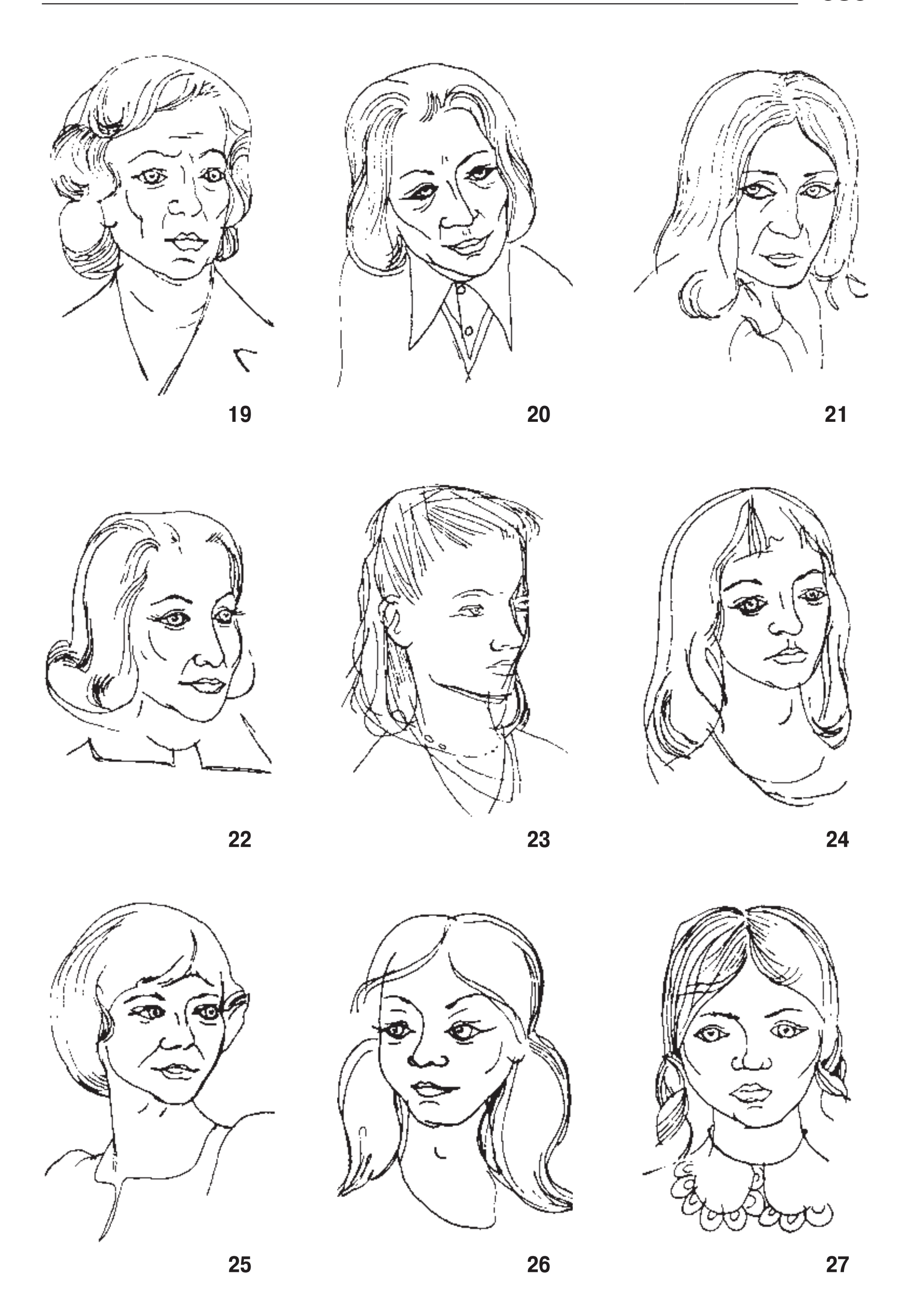
Аналогичным образом конкретизируются и другие стимулы.

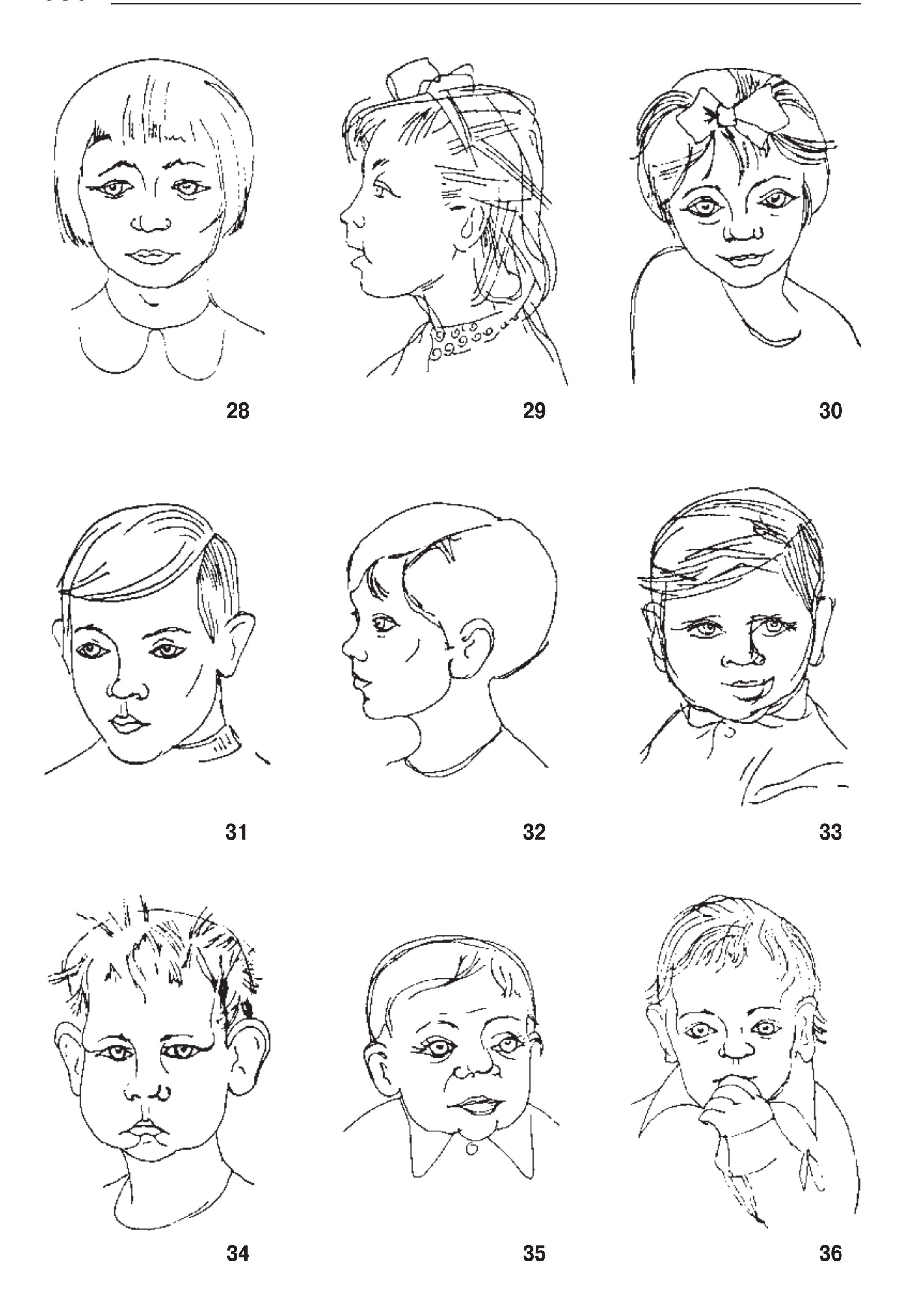
Стандартные вопросы к пункту 2

1. Кто из этих людей может скорее всего достичь в жизни славы, успеха и т. д.?
2. Если бы все эти люди были тяжело больны, за кем вы бы охотнее всего ухаживали?
3. Кому из них вы бы охотнее помогали в его делах?
4. Кто из них — человек с самым интересным внутренним миром?
5. Кем из них больше всего восхищаются окружающие?
6. Если бы вы были больны, чья забота была бы вам наиболее приятна?
7. Кого бы вы взяли на опасное дело, например в разведку?
8. Кто из них мог бы полюбить вас или сильно привязаться к вам?
9. У кого во внешнем облике больше всего черт, которые вам вообще нравятся в людях?
10. С кем охотнее всего вы бы развлекались?


1
2
3
4
5
6
7
8
9


10
11
12
13
14
15
16
17
18

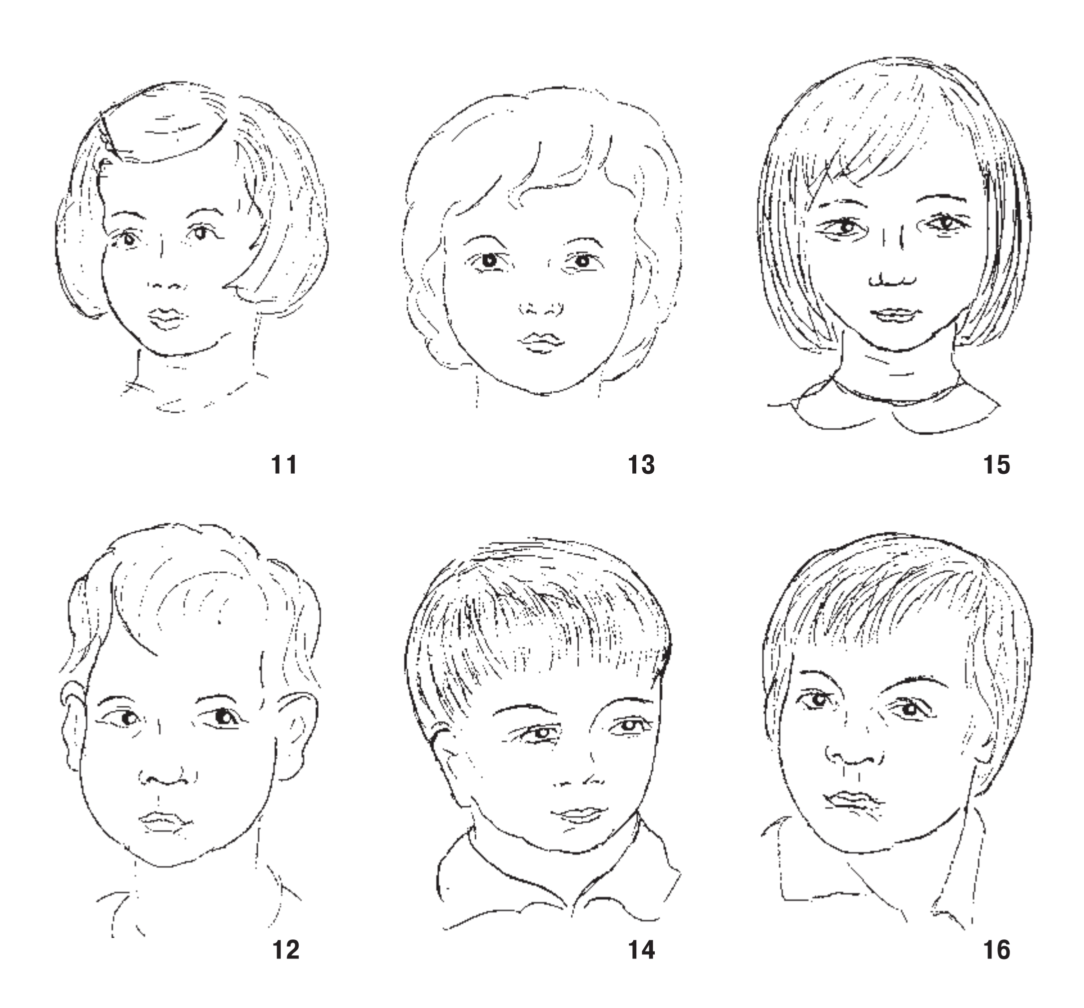

19
20
21
22
23
24
25
26
27

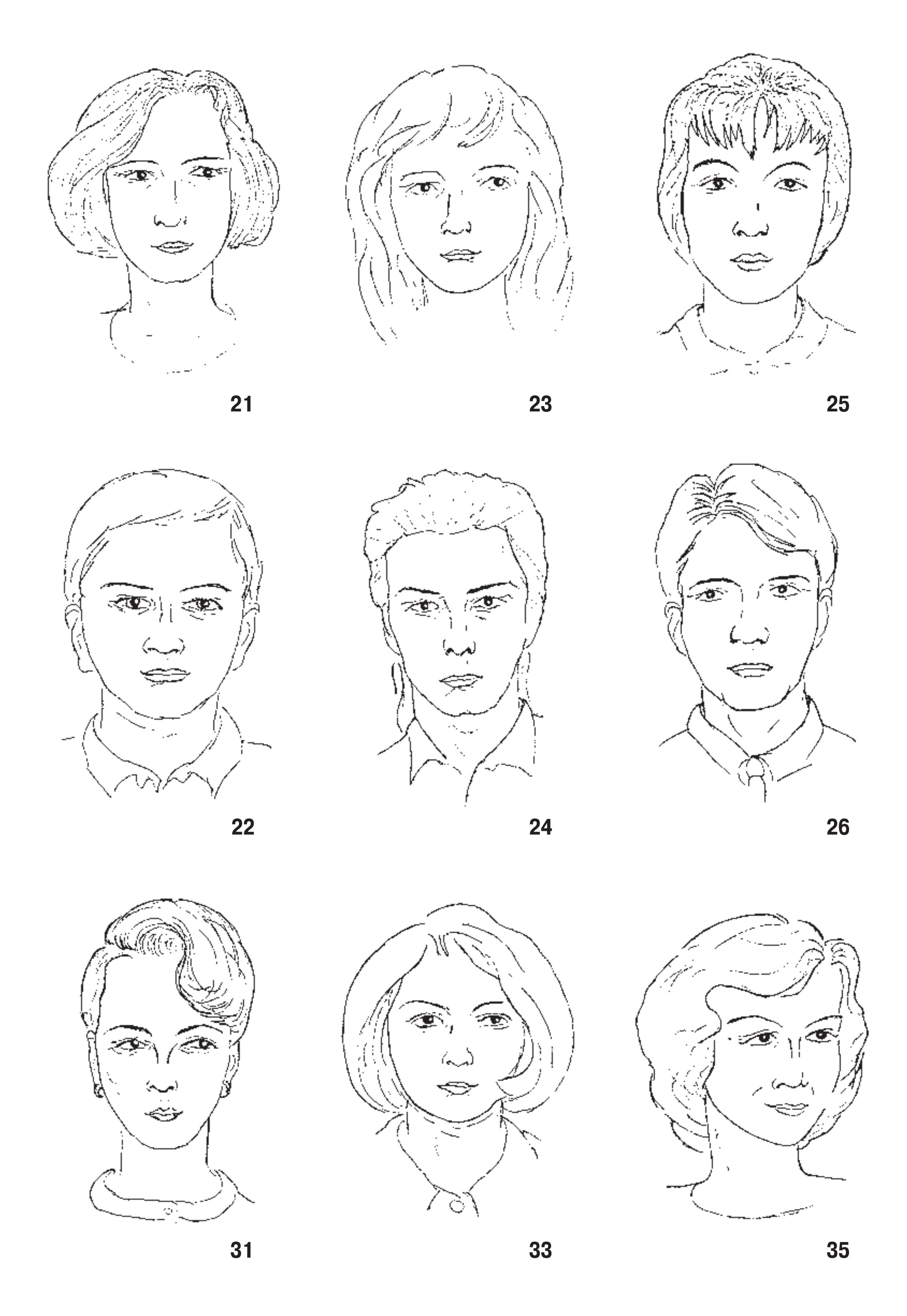

28
29
30
31
32
33
34
35
36

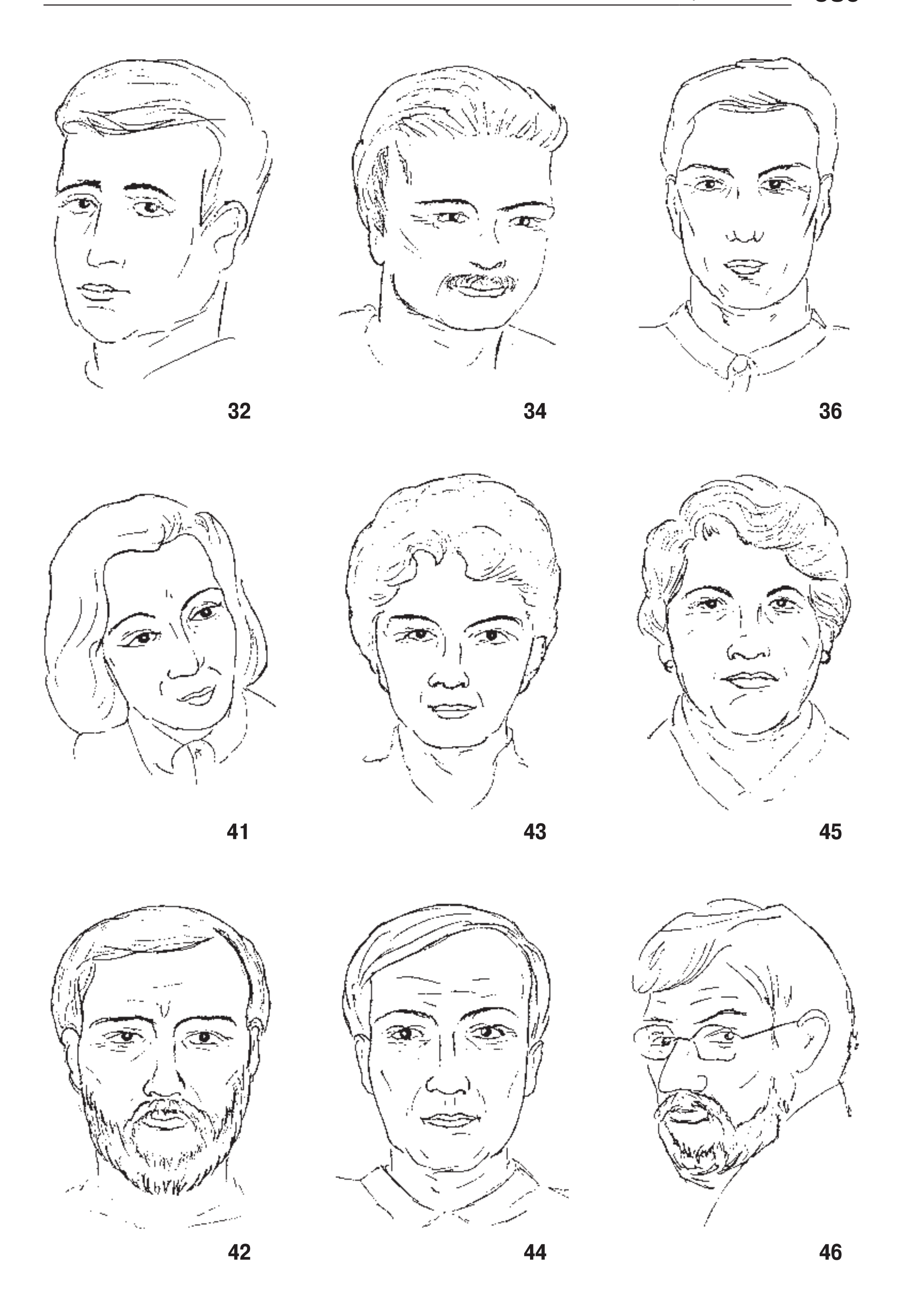
ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Тест «Возраст. Пол. Роль» (ВПР)

Размер карточек 6 × 9 см.




21
23
25
22
24
26
31
33
35


32
34
36
41
43
45
42
44
46


51
53
55
52
54
56

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Методика «Нормативное сопротивление» (НС)

Женский вариант

Содержание карточек для сортировки.

1. Жена вышла замуж за нелюбимого из чувства мести.
2. Жена в этой семье вышла замуж за нелюбимого человека, чтобы он дал ей все: обеспеченность, знакомства, интересный досуг.
3. Жена вышла замуж за нынешнего мужа, так как ждала ребенка от другого.
4. Жена презирает мужа и не скрывает этого.
5. Старается возбудить ревность мужа к себе.
6. Ей нравится мучить и унижать мужа.
7. Муж бьет ее.
8. Муж устраивает унизительные проверки ее супружеской верности.
9. Испытывает отвращение к мужу, но ради всеобщего спокойствия скрывает это.
10. Муж не считается с ней и заставляет ее делать все так, как он хочет.
11. Ее муж работает ночным сторожем или дворником.
12. Очень боится мужа.
13. Очень ревнует мужа.
14. Мирится с тем, что муж ей изменяет.
15. Не любит своего ребенка.
16. Выполняет любые прихоти своего ребенка.
17. Пыталась покончить жизнь самоубийством.
18. Когда ее желания не выполняются, устраивает истерики.
19. Обманывает мужа с его товарищем.
20. Ее муж отбывал наказание за преступление.
21. Срывает плохое настроение на муже.
22. Срывает плохое настроение на ребенке.
23. Дети ее не любят.
24. Стесняется появляться с мужем на людях.
25. Ревнует своего сына к его девушкам.
26. Издевается над своим ребенком.
27. Покорно терпит измены мужа.
28. Ненавидит мать мужа, хотя та к ней хорошо относится.
29. Делает все, чтобы муж был безропотно послушным.
30. Открыто говорит мужу, что он — сексуальный неудачник.

31. Недовольна своим замужеством.
32. Любит мужа без взаимности.
33. Ни один вопрос не может решить без скандала.

Примечания.

1. Нормативное сопротивление констатируется, если в левой группе карточек (наиболее позорно) оказалось 12 и более карточек.
2. Нормативный контраст констатируется, если частное от деления числа карточек в левой группе на число их в правой крайней (не позорно) равно или более 0,8.

r_{11}= 0,65; p = 0,01; ро (по первому показателю) = 0,62; p = 0,01; n = 45.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам

Шкала патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) для дифференциальной диагностики между психопатиями и акцентуациями личности гипертимного, инертно-импульсивного, демонстративно-гиперкомпенсаторного и неустойчивого типов. Аутоидентификация и идентификация осуществляется с помощью набора словесных характерологических портретов, которые составлены на основании классических клинических описаний типов характеров.

Врач или психолог обращается к испытуемому с предложением ознакомиться с содержанием всех 13 карточек, на каждой из которых приведено описание одного характерологического типа. После предварительного ознакомления испытуемому предлагается выбрать одну или несколько карточек, на которых, по его мнению, наиболее полно и похоже описан его характер. Испытуемые предупреждаются о том, чтобы выбор строился на основании общего, суммарного впечатления от прочтения карточек, а не на основании каких-либо отдельных черт. Если испытуемый выбирает несколько подходящих для него карточек, то его просят разложить их в порядке важности, что и регистрируется в протоколе соответствующим образом. Например, пациент с акцентуацией характера по гипертимному типу выбрал 3 карточки: на первое место поставил описание гипертимного характера, на вторoе — неустойчивого и на третье — демонстративно-гиперкомпенсаторного, оговорив, что последняя карточка подходит не полностью, а только в некоторых конкретных пунктах. Рекомендуется испытуемому выбирать максимум 3 подходящих портрета и 3 неподходящих.

Приводим тексты карточек со словесными характерологическими портретами для подростков мужского пола. Для девочек вносятся соответствующие грамматические и незначительные текстовые изменения. Словесные портреты характерологических типов обозначены буквами:

М — меланхолический;
Г — гипертимный;
Ц — циклоидный;
Л — эмоционально-лабильный;
А — астенический;
С — сенситивный;
ТМ — тревожно-мнительный;
И — интровертированный;
Р — паранойяльный;
ИИ — инертно-импульсивный;
ДГ — демонстративно-гиперкомпенсаторный;
Н — неустойчивый;
К — конформный.

М

Я — прирожденный пессимист. Настроение у меня всегда пониженное. Мир я воспринимаю как бы сквозь черные очки, жизнь мне часто кажется бессмысленной, я во всем вижу лишь мрачные стороны. Никак не могу отделаться от ощущения, что вот-вот должно случиться что-то плохое. Мне кажется, что я в чем-то виноват и потому окружающие ко мне плохо относятся, смотрят свысока. Я мрачен, угрюм, всегда всем недоволен. Все делаю медленно, неторопливо. Мои друзья говорят, что лицо у меня печальное, что от меня веет унынием. Я не способен к волевому усилию, от трудностей впадаю в отчаяние. Особенно плохо себя чувствую по утрам, просыпаюсь с ощущением разбитости, несвежести. Часто бывают запоры. Жизнь моя — нелепая и мучительная пытка, иногда приходят мысли о ее никчемности, бессмысленности.

Г

У меня всегда веселое настроение, про меня можно смело сказать, что мой характер приветливый и открытый. Думаю, что я добрый человек; во всяком случае, я охотно принимаю участие в судьбе своих друзей, которых, кстати, у меня много. Я не молчун, с удовольствием включаюсь в беседу. Охотно помогаю людям, но поскольку раздаю много обещаний, то, естественно, далеко не все могу сдержать. Терпеть не могу нудной кропотливой работы, требующей усидчивости и терпения. На службе у меня так много всяких обязанностей, что я не успеваю все сделать вовремя. Замечаю, что окружающие меня охотно слушают и потом повторяют мои наиболее остроумные высказывания. Мне ничего не стоит высмеять своего противника. У меня часто бывают оригинальные идеи, но, сознаюсь, я не очень люблю заниматься претворением их в жизнь. Люблю девушек, некоторые из них мне говорили, что я — галантный ухажер. Я встречал множество людей и все же могу сказать, что мало кого из них поставил бы выше себя. Не люблю, когда мне противоречат, это начинает меня раздражать, а когда я разойдусь, то веду себя грубо, кричу, ругаюсь, оскорбляю всех подряд. У меня отличный аппетит. В школе у меня была репутация шалуна, учителя считали меня заводилой, и, пожалуй, не без оснований. Те, кто видел мою способность передразнивать и копировать людей, всегда говорили, чтобы я шел в актеры. Житейские невзгоды переношу легко, деньгам счет не веду, легко даю их в долг, так же легко сам залезаю в долги.

Ц

Пожалуй, основным в моем характере является беспричинная смена периодов разного настроения. Длительное время я себя чувствую очень хорошо, все у меня получается, работа спорится, хорошо сплю, у меня прекрасный аппетит. Часто встречаюсь с друзьями, хожу с ними в кино, на танцы. Если же случаются со мной какие-либо неприятности, то в этот период я переношу их легко.

Однако совершенно непонятным для меня образом настроение портится, подчас на продолжительное время — недели, даже месяцы. Мне становится все безразлично, я чувствую себя в этот период времени больным, унылым, перестаю верить в себя. Иногда появляется страх, что со мной может что-то случиться. От встречающихся трудностей или неприятностей я впадаю в уныние. Плохо сплю, просыпаюсь с ощущением разбитости. Плохо ем. Мне не хочется встречаться с людьми, их общество раздражает меня. Хочется лежать в постели и забыть обо

всем. Я заметил, что такие смены периодов хорошего настроения и плохого чаще всего происходят либо весной, либо осенью.

Л

По характеру я человек веселый, открытый, добродушный, однако малейшая неприятность — перемена погоды, грубое слово, неприязненный взгляд — омрачает мое настроение, приводит меня в глубокое уныние, хотя и ненадолго. Какая-нибудь интересная новость, теплое участие помогают мне обрести прежнее расположение духа. В течение дня настроение у меня может неоднократно меняться от самых разнообразных причин. Даже самому бывает непонятно, почему вдруг стало так тоскливо, хотя до этого я чувствовал себя хорошо, был весел. Я очень внушаем и робок, такой уж у меня характер — немного детский, слишком нежный. Моим чувствам как-то не особенно верят, считают их слишком поверхностными, хотя это, конечно, не так. Различные неприятности, даже мелкие, переношу тяжело.

А

Я часто чувствую себя вялым, уставшим. Настроение у меня, как правило, угнетенное. Одним людям я нехотя подчиняюсь, другими могу командовать сам. Мне очень трудно сосредоточиваться, выполнять работу, связанную с длительным усилием и напряжением, — в таких случаях часто появляется чувство усталости, сонливости. Меня очень беспокоит собственное здоровье, часто появляются опасения, что я болен какой-либо болезнью. То меня беспокоят колющие боли в сердце, то головная боль. Аппетит у меня неважный. Сплю плохо, долго не могу заснуть, иногда даже хочется принять снотворное. Часто вижу кошмарные сны. Сон почти никогда не освежает. С утра я вял и сонлив, но к вечеру состояние улучшается — я «расхожусь». Подчас мне трудно сдержаться, по малейшему поводу я раздражаюсь, кричу, даже плачу. С трудом привыкаю к новому коллективу. Аккуратным меня не назовешь, часто меня упрекают за то, что вещи мои лежат в беспорядке.

С

Пожалуй, будет правильно сказать про меня, что я — человек робкий, застенчивый, впечатлительный, малодушный. Я очень страдаю, если со мной обращаются грубо, не могу дать отпор, постоять за себя. Общество людей меня утомляет, заставляет искать одиночества. Боюсь темноты, вздрагиваю от малейшего шороха. Не переношу вида крови, меня тошнит при виде нечистот. Не выношу горячих споров, стараюсь избегать скандалов, конфликтов — уж лучше я уступлю. Меня не покидает ощущение собственной неполноценности. Нередко мне кажется, что окружающие меня осуждают. Настроение у меня, как правило, пониженное. Меня очень мучает ощущение того, что я не такой, как все, я крайне не уверен в себе, с завистью смотрю на людей сильных, решительных, самоуверенных. Появляясь в обществе, я робею, чувствую себя неловко, краснею, начинаю заикаться. Сон у меня неспокойный, тревожный, полный кошмарных сновидений.

Т-М

Основные черты моего характера — крайняя нерешительность, боязливость, постоянная склонность к сомнениям. Самое тяжелое для меня — принять решение. Решившись на что-нибудь, даже уже начав действовать, я постоянно сомневаюсь:

так ли я поступаю, то ли я делаю, что хотел? — и эти сомнения делают работу медленной и мучительной. Люблю, когда меня утешают, не умею обходиться без дружеской поддержки. Боюсь за свое здоровье, беспокоюсь за участь близких. Постоянные тревоги, опасения, беспокойство — таково содержание моей жизни. Долго не могу решиться, но если на что-нибудь решился, то не успокоюсь сам и не дам покоя окружающим, пока намеченное мной не будет сделано. Я педант, формалист, всякое отступление от раз и навсегда заведенного порядка тревожит и сердит меня. Очень стесняюсь и теряюсь, когда на меня обращают внимание. Из-за своей стеснительности я часто боюсь сделать то, что считаю нужным: если, например, мне сделают добро, я не решаюсь поблагодарить, а если мне делают неподходящее предложение, я не решаюсь отклонить его. Не люблю физический труд, считаю, что я неловок и неуклюж. Не приспособлен к борьбе за существование. Склонен к самоанализу. Люблю рассуждать и обсуждать «общие проблемы», которые не имеют ко мне прямого отношения.

И

Я человек замкнутый, круг моих знакомых мал. В компаниях не могу найти себе места. В обществе чувствую себя одиноким. Хоть я и замкнут, но иногда, неизвестно почему, могу поделиться своими переживаниями, раскрыться перед любым, даже случайным человеком, если он мне неожиданно понравится. Мне бывает трудно понять близких, их горе или радость, а им, в свою очередь, еще труднее понять меня. От знакомых приходится слышать, что от меня веет холодом, что общаться со мной трудно. Подчас некоторые мои поступки выглядят странными, вызывают удивление окружающих. У меня есть на все свой взгляд, и я отбрасываю то, что ему не соответствует. Предпочитаю настоять на своем, не люблю чужих советов, делаю по-своему. Меня нередко считают несправедливым, говорят, что я ни в чем не знаю середины. Мой внутренний мир, мои переживания и идеи непонятны окружающим. Я часто вызываю недоумение и улыбки у людей, но это нисколько не трогает меня. Я использую свою систему образов, слова, которые другими людьми не применяются.

Р

Я — человек идеи, всю жизнь бьюсь — то за внедрение своего изобретения, то за какую-либо реформу. Мои наблюдения за теми людьми, с которыми мне приходилось сталкиваться, позволяют мне считать себя выше их. Круг моих знакомых состоит из людей, которые разделяют мои взгляды. Я не прощаю людям ни равнодушия к себе, ни несогласия со мной. Исповедую принцип: «кто не со мной, тот против меня». У меня нет причин быть недовольным собой, я чувствую себя хорошо, всегда бодр, активен. Если ставлю перед собой какую-нибудь цель, то всегда добиваюсь ее, а если замечаю недостатки, то использую все силы, чтобы исправить их в соответствии со своими принципами. Пользуюсь всеми способами, чтобы добиться своего: пишу в газеты, выступаю на собраниях. Мои знакомые говорят, что я подчас приношу им страдания, но это неправда; на самом деле во всех своих неудачах виноваты они сами. Я считаю, что людям нельзя особенно доверять, у меня много завистников, недоброжелателей. Из-за их козней мне трудно осуществлять свои идеи, но ничто не может меня остановить — ни просьбы, ни угрозы. Жизнь убеждает меня в том, что я всегда оказываюсь прав, и ради этого стоит вести борьбу.

И-И

У меня нет других интересов, кроме интересов дела и моих собственных. Меня считают вспыльчивым. Хотя я долго сдерживаюсь, но, когда вспылю, впадаю в неудержимую ярость. Обидчив, нанесенную мне обиду помню долго, не упускаю случая рассчитаться за нее. Давно убедился в том, что если не придираться, то никто не будет работать. Вокруг такой беспорядок, такая небрежность во всем, распущенность, что я вынужден добиваться установления дисциплины, поэтому я чрезвычайно требователен к другим: настаиваю на скрупулезном соблюдении установленного порядка, не прощаю ни одного проступка. Поскольку мне присущи аккуратность и пунктуальность в исполнении работы, то и от других я требую того же. Считаю своим долгом давать советы, не терплю начальственного отношения к себе. Если я объясняю что-либо, то делаю это обстоятельно, подробно, медленно, чтобы высказаться как можно убедительнее. Терпеть не могу, когда меня прерывают, не дают досказать, торопят. Порой у меня бывает беспричинно тоскливое настроение, и тогда я делаюсь вспыльчивым и раздражительным. На работе меня хвалят за тщательность и аккуратность и ставят в пример. Гибкость в общении с людьми мне недоступна, я привык действовать напролом, говорить то, что думаю, хотя и сознаю, что из-за этого у меня могут быть неприятности.

Д-Т

Не выношу равнодушного отношения окружающих к себе. Люблю быть в центре внимания. Люблю, когда с меня берут пример, подражают мне, восхищаются мной, люблю вызывать удивление у других. Но уж лучше пусть ненавидят меня, чем относятся равнодушно или не замечают. Люблю рассказывать истории и рассказываю их тем охотнее, чем с большим интересом меня слушают. Считают, что у меня есть артистический талант. Люблю фантазировать. В моих фантазиях свершаются мои мечты — я достигаю такого положения, что все мне завидуют и мною восхищаются. Я сразу чувствую отношение людей ко мне. Если я захочу, то со мной охотно дружат. К сожалению, мне не удалось найти настоящего друга. Я ценю такого друга, который всегда внимателен ко мне. Когда я болен, то хочу, чтобы ко мне относились бережно и терпеливо, ухаживали за мной и даже жалели. Работу люблю увлекательную, такую, чтобы меня ценили и ставили другим в пример. В любви мне наибольшее удовольствие доставляет флирт. Одеваться люблю так, чтобы мною любовались окружающие.

Н

Я по характеру человек компанейский, очень скучаю, когда остаюсь один. Обычно беру пример со своих более сильных по характеру друзей. Не всегда оканчиваю начатое дело, особенно если мне никто не помогает и не проверяет. Очень люблю всякие развлечения, выпивку в компании друзей. Всегда рад повеселиться. Мне нравится все то, что запрещено. Мои домашние упрекают меня в том, что я ленив, неаккуратен, беспорядочен, но меня эти упреки мало трогают. В состоянии опьянения бываю грубым, дерзким, отчаянным. Протрезвев, раскаиваюсь в своих поступках, ругаю себя, но, подумав, понимаю, что вина моя не так уж велика: если бы не ряд некоторых обстоятельств, то все было бы иначе. Хотел бы иметь верного друга, который бы меня защищал от бед, иначе я могу пропасть. О своем будущем я думаю мало, особенно в такие моменты, когда мне весело и хорошо.

К

Я считаю, что надо жить так, как живут все, не отрываясь от коллектива, не отставая от окружающих, но и не забегая вперед. Я не люблю оригинальничать. Люблю, чтобы у меня все было как у людей: хорошая, в меру модная одежда (не такая, чтобы все оборачивались на улице); дома — хорошая обстановка и все необходимое. Стараюсь жить так, чтобы обо мне никто не мог сказать ничего плохого: ни товарищи, ни соседи, ни близкие. Развлекаться люблю как все: если выпить, то в меру и не часто, посидеть в кругу приятелей, посмотреть телевизор. Каких-нибудь особенных развлечений не ищу. Не люблю тех, кто слишком оригинальничает, модничает, ломает устоявшийся порядок, гонится за новизной. Считаю, что большинство всегда право и что противопоставлять себя большинству всегда плохо и вредно.

Шкала дифференциальной диагностики между психопатиями и акцентуациями личности гипертимного, инертно-импульсивного, демонстративно-гиперкомпенсаторного и неустойчивого типов

Темы ПДО	Номер выбора в первом исследовании	Весовой коэффициент по Дуда и Харту
Самочувствие	1	+9
Настроение	8	+13
	9	+8
Сон и сновидения	5	–9
	8	+8
	12	+15
Пробуждения ото сна	10	–11
Аппетит и отношение к еде	8	–9
Отношение к спиртным напиткам	5	+11
	11	+12
	12	+16
Отношение к сексуальным проблемам	7	+9
	9	+11
	11	+9
Отношение к одежде	10	+22
Отношение к деньгам	1	+12
Отношение к родителям	7	–9
Отношение к друзьям	2	–16
Отношение к окружающим	1	+11
	8	–16
	12	+13

Темы ПДО	Номер выбора в первом исследовании	Весовой коэффициент по Дуда и Харту
Отношение к незнакомым	3	–11
Отношение к одиночеству	5	+9
Отношение к будущему	11	+13
Отношение к новому	7	–14
Отношение к неудачам	13	–11
Отношение к приключениям и риску	4 7 10	–10 –11 +11
Отношение к лидерству	1 4	+12 –9
Отношение к критике	7 10 13	+ 11 + 9 –13
Отношение к опеке	5	–10
Отношение к правилам и законам	4 8	–14 –10
Оценка себя в детстве	4 15	–9 –13
Отношение к школе	9 13	–13 –12
Оценка себя в данный момент	1 10 11	+10 +9 +11

Пользование шкалой. По заполнении подростком опросника устанавливается, какие из этих утверждений входят в шкалу. Затем баллы этих утверждений складываются. Если полученная сумма +20 баллов и больше, то вероятнее, что изучаемый индивид будет отнесен экспертами к случаям психопатии. Если полученная сумма составляет –30 или ниже, то данный подросток с высокой степенью вероятности относится к акцентуациям. При значениях промежуточных (от +20 до –30) степень отклонения недостаточно ярко проявляется в ответах на вопрос ПДО и поэтому определенное заключение сделать нельзя.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Анализ семейных взаимоотношений (АСВ)

Уважаемый родитель! Предлагаемый Вам опросник содержит утверждения о воспитании детей. Утверждения пронумерованы. Такие же номера есть в «Бланке для ответов».

Читайте по очереди утверждения опросника. Если Вы в общем согласны с ними, то на «Бланке для ответов» обведите кружком номер для ответа. Если Вы в общем не согласны — зачеркните тот же номер. Если очень трудно выбрать, то поставьте на номере вопросительный знак. Старайтесь, чтобы таких ответов было не больше пяти.

В опроснике нет «неправильных» или «правильных» утверждений. Отвечайте так, как вы сами думаете. Этим Вы поможете психологу в работе с Вами.

На утверждения, номера которых выделены в опроснике жирным шрифтом, отцы могут не отвечать.

Опросник для родителей детей в возрасте 3—10 лет

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) — пообщаться, поиграть.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходят ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам(а).
5. Наш ребенок имеет больше обязанностей — уход за собой, поддержание порядка, чем большинство детей его возраста.
6. Моего ребенка очень трудно заставить сделать что-нибудь, что он не любит.
7. Всегда лучше, если дети не думают о том, правильно ли поступают их родители.
8. Мой сын (дочь) легко нарушает запреты.
9. Если хочешь, чтобы твой(я) сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй без наказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, я стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, я нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Младшие дети мне нравятся больше, чем старшие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) по отношению к нему (ней) неправильно.
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, утомительное дело.

17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня — самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, что делает в данный момент мой ребенок.
23. Если игрушка ребенку нравится, я куплю ее, сколько бы она ни стоила.
24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).
26. Нередко бывает так: я несколько раз напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-нибудь, а потом плюну и сделаю сам(а).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам(а) решает, с кем ему (ей) играть.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.
32. Мы с ребенком понимаем друг друга лучше, чем мы с супругом.
33. Меня огорчает то, что мой сын (дочь) быстро становится взрослым(ой).
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок растет слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не исправляются, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают большую часть моего времени.
42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.
43. Я стремлюсь к тому, чтобы мой ребенок был обеспечен лучше, чем другие дети.
44. Если побыть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне часто приходилось давать сыну (дочери) трудные для его (ее) возраста поручения.

46. Мой ребенок никогда не убирает за собой игрушки.
47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
48. Мой ребенок сам решает, сколько, чего и когда ему есть.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. Когда я думаю о том, что когда нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.
53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже понимает чувства другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось и приходится отказываться.
62. Родители, которые слишком много суетятся вокруг своих детей, вызывают у меня раздражение.
63. Я трачу на моего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сам(а) лучше знаю, что ему (ей) надо.
65. У моего сына (дочери) детство более трудное, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
68. Если мой ребенок не спит, когда ему положено, я не настаиваю.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим детям.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.
72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил(а) никого, кроме меня.
73. Мне нравятся маленькие дети, поэтому я не хотел(а) бы, чтобы он(а) слишком быстро взрослел(а).
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходится ему (ей) многое позволять.

76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.
77. С моим сыном (дочерью) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него (нее) действует, — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.
82. Так повелось, что о ребенке я вспоминаю, если он что-нибудь натворил или с ним что-нибудь случилось.
83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Стараюсь как можно раньше приучить ребенка помогать по дому.
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.
88. В нашей семье так принято, что ребенок делает что хочет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — ремень.
90. Многие недостатки в поведении моего ребенка пройдут сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, опять оставляем его (ее) в покое.
92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я бы была помоложе, то наверняка влюбилась бы в него.
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виноват(а) я сам(а), потому что не умел(а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жить.
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует ее во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю своему сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) для меня — закон.
104. Мой сын очень любит спать со мной.
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.

106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.
107. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) нужно уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким милым, что я ему все прощаю.
110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже, после 30 лет.
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.
113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
114. Когда все благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «нет».
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства других детей.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без моей постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома — в яслях, в детском саду, у родственников.
121. У моего сына (дочери) вполне хватает времени на игры и развлечения.
122. Кроме моего сына мне больше никто на свете не нужен.
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Всему, что мой сын (дочь) умеет к настоящему времени, он (она) научился (лась) только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается мой муж (жена).
127. Я не могу вспомнить, когда в последний раз отказал(а) своему ребенку в покупке какой-нибудь вещи (мороженое, конфеты, пепси-кола и т. д.).
128. Мой сын говорил мне: «Вырасту, женюсь на тебе, мама».
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает мне, а осложняет мою жизнь.

Опросник для родителей подростков в возрасте от 11 до 21 года

Инструкция для родителей подростков аналогична инструкции для родителей маленьких детей.

На утверждения, номера которых выделены в опроснике, отцы могут не отвечать.

1. Все, что я делаю, я делаю ради моего сына (дочери).
2. У меня часто не хватает времени позаниматься с сыном (дочерью) чем нибудь интересным, куда-нибудь пойти вместе, поговорить подольше о чем-нибудь интересном.
3. Мне приходится разрешать моему ребенку такие вещи, которые не разрешают многие другие родители.
4. Не люблю, когда сын (дочь) приходит ко мне с вопросами. Лучше, чтобы догадался (догадалась) сам(а).
5. Наш сын (дочь) имеет дома больше обязанностей, чем большинство его (ее) товарищей (подруг).
6. Моего сына (дочь) очень трудно заставить что-нибудь делать по дому.
7. Всегда лучше, если дети не думают над тем, правильны ли взгляды их родителей.
8. Мой сын (дочь) возвращается вечером тогда, когда хочет.
9. Если хочешь, чтобы твой сын (дочь) стал(а) человеком, не оставляй безнаказанным ни одного его (ее) плохого поступка.
10. Если только возможно, стараюсь не наказывать сына (дочь).
11. Когда я в хорошем настроении, нередко прощаю своему сыну (дочери) то, за что в другое время наказал(а) бы.
12. Я люблю своего сына (дочь) больше, чем люблю (любила) супруга.
13. Маленькие дети мне нравятся больше, чем большие.
14. Если мой сын (дочь) подолгу упрямится или злится, у меня бывает чувство, что я поступил(а) неправильно по отношению к нему (к ней).
15. У нас долго не было ребенка, хотя мы его очень ждали.
16. Общение с детьми, в общем-то, очень утомительное дело.
17. У моего сына (дочери) есть некоторые качества, которые выводят меня из себя.
18. Воспитание моего сына (дочери) шло бы гораздо лучше, если бы мой муж (моя жена) не мешал(а) бы мне.
19. Большинство мужчин легкомысленнее, чем женщины.
20. Большинство женщин легкомысленнее, чем мужчины.
21. Мой сын (дочь) для меня — самое главное в жизни.
22. Часто бывает, что я не знаю, где пропадает мой сын (дочь).
23. Стараюсь купить своему сыну (дочери) такую одежду, какую он (она) сам(а) хочет, даже если она дорогая.

24. Мой сын (дочь) непонятлив(а). Легче самому два раза сделать, чем один раз объяснить ему (ей).
25. Моему сыну (дочери) нередко приходится (или приходилось раньше) присматривать за младшим братом (сестрой).
26. Нередко бывает так: напоминаю, напоминаю сыну (дочери) о необходимости сделать что-либо, а потом плюну и сделаю сам(а).
27. Родители ни в коем случае не должны допускать, чтобы дети подмечали их слабости и недостатки.
28. Мой сын (дочь) сам (сама) решает, с кем ему дружить.
29. Дети должны не только любить своих родителей, но и бояться их.
30. Я очень редко ругаю сына (дочь).
31. В нашей строгости к сыну (дочери) бывают большие колебания. Иногда мы очень строги, а иногда все разрешаем.
32. Мы с сыном понимаем друг друга лучше, чем сын с мужем.
33. Меня огорчает то, что мой сын (дочь) быстро становится взрослым (ой).
34. Если ребенок упрямится, потому что плохо себя чувствует, то лучше всего сделать так, как он хочет.
35. Мой ребенок рос слабым и болезненным.
36. Если бы у меня не было детей, я бы добился (добилась) в жизни гораздо большего.
37. У моего сына (дочери) есть слабости, которые не проходят, хотя я упорно с ними борюсь.
38. Нередко бывает, что, когда я наказываю моего сына (дочь), мой муж (жена) тут же начинает упрекать меня в излишней строгости и утешать его (ее).
39. Мужчины более склонны к супружеской измене, чем женщины.
40. Женщины более склонны к супружеской измене, чем мужчины.
41. Заботы о сыне (дочери) занимают наибольшую часть моего времени.
42. Мне много раз пришлось пропускать родительские собрания.
43. Стараюсь купить ему (ей) все то, что он (она) хочет, даже если это стоит дорого.
44. Если долго быть в обществе моего сына (дочери), можно сильно устать.
45. Мне много раз приходилось поручать моему сыну (дочери) важные и трудные дела.
46. За моего сына (дочь) нельзя поручиться в серьезном деле.
47. Главное, чему родители должны научить своих детей, — это слушаться.
48. Мой сын (дочь) сам(а) решает курить ему (ей) или нет.
49. Чем строже родители к ребенку, тем лучше для него.
50. По характеру я — мягкий человек.
51. Если моему сыну (дочери) что-то от меня нужно, он (она) старается выбрать момент, когда я в хорошем настроении.
52. Когда я думаю о том, что когда-нибудь мой сын (дочь) вырастет и я буду ему (ей) не нужна, у меня портится настроение.

53. Чем старше дети, тем труднее иметь с ними дело.
54. Чаще всего упрямство ребенка бывает вызвано тем, что родители не умеют правильно к нему подойти.
55. Я постоянно переживаю за здоровье сына (дочери).
56. Если бы у меня не было детей, мое здоровье было бы гораздо лучше.
57. Некоторые очень важные недостатки моего сына (дочери) упорно не исчезают, несмотря на все меры.
58. Мой сын (дочь) недолюбливает моего мужа (жену).
59. Мужчина хуже понимает чувства другого человека, чем женщина.
60. Женщина хуже понимает чувства другого человека, чем мужчина.
61. Ради моего сына (дочери) мне от многого в жизни пришлось отказаться.
62. Бывало, что я не узнавал(а) о замечании или двойке в дневнике потому, что не посмотрел(а) в дневник.
63. Я трачу на своего сына (дочь) значительно больше денег, чем на себя.
64. Не люблю, когда сын (дочь) что-то просит. Я сам(а) лучше знаю, что ему (ей) нужно.
65. У моего сына (дочери) более трудное детство, чем у большинства его (ее) товарищей.
66. Дома мой сын (дочь) делает только то, что ему (ей) хочется, а не то, что надо.
67. Дети должны уважать родителей больше, чем всех других людей.
68. Мой сын (дочь) сам(а) решает, на что ему (ей) тратить свои деньги.
69. Я строже отношусь к своему сыну (дочери), чем другие родители к своим.
70. От наказаний мало проку.
71. Члены нашей семьи неодинаково строги с сыном (дочерью). Одни балуют, другие, наоборот, — очень строги.
72. Мне бы хотелось, чтобы мой сын (дочь) не любил (а) никого, кроме меня.
73. Когда мой сын (дочь) был (а) маленький (ой), он (а) мне нравился (лась) больше, чем теперь.
74. Часто я не знаю, как правильно поступить с моим сыном (дочерью).
75. В связи с плохим здоровьем сына (дочери) нам приходилось в детстве многое позволять ему (ей).
76. Воспитание детей — тяжелый и неблагодарный труд. Им отдаешь все, а взамен не получаешь ничего.
77. Моему сыну (дочери) мало помогает доброе слово. Единственное, что на него действует, — это постоянные строгие наказания.
78. Мой муж (жена) старается настроить сына (дочь) против меня.
79. Мужчины чаще, чем женщины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
80. Женщины чаще, чем мужчины, действуют безрассудно, не обдумав последствий.
81. Я все время думаю о моем сыне (дочери), о его (ее) делах, здоровье и т. д.
82. Нередко приходится (приходилось) подписывать дневник за несколько недель сразу.

83. Мой сын (дочь) умеет добиться от меня того, чего хочет.
84. Мне больше нравятся тихие и спокойные дети.
85. Мой сын (дочь) много помогает мне (дома или на работе).
86. У моего сына (дочери) мало обязанностей по дому.
87. Даже если дети уверены, что родители не правы, они должны делать так, как говорят родители.
88. Выходя из дому, мой сын (дочь) редко говорит, куда идет.
89. Бывают случаи, когда лучшее наказание — это ремень.
90. Многие недостатки в поведении сына (дочери) прошли сами собой с возрастом.
91. Когда наш сын (дочь) что-то натворит, мы беремся за него (нее). Если все тихо, опять оставляем его (ее) в покое.
92. Если бы мой сын не был моим сыном, а я была бы моложе, я наверняка в него влюбилась бы.
93. Мне интереснее говорить с маленькими детьми, чем с большими.
94. В недостатках моего сына (дочери) виноват (а) я сам (а), потому что не умел (а) его (ее) воспитывать.
95. Только благодаря нашим огромным усилиям сын (дочь) остался(лась) жив(а).
96. Нередко завидую тем, кто живет без детей.
97. Если предоставить моему сыну (дочери) свободу, он (она) немедленно использует это во вред себе или окружающим.
98. Нередко бывает, что если я говорю своему сыну (дочери) одно, то муж (жена) специально говорит наоборот.
99. Мужчины чаще, чем женщины, думают только о себе.
100. Женщины чаще, чем мужчины, думают только о себе.
101. Я трачу на сына (дочь) больше сил и времени, чем на себя.
102. Я довольно мало знаю о делах моего сына (дочери).
103. Желание моего сына (дочери) — для меня закон.
104. Когда мой сын был маленький, он очень любил спать со мной.
105. У моего сына (дочери) плохой желудок.
106. Родители нужны ребенку, лишь пока он не вырос. Потом он все реже вспоминает о них.
107. Ради моего сына (дочери) я пошел бы (пошла бы) на любую жертву.
108. Моему сыну (дочери) надо уделять значительно больше времени, чем я могу.
109. Мой сын (дочь) умеет быть таким(ой) милым(ой), что я ему (ей) все прощаю.
110. Мне бы хотелось, чтобы сын женился попозже — после 30 лет.
111. Руки и ноги моего сына (дочери) часто бывают очень холодными.
112. Большинство детей — маленькие эгоисты. Они совсем не думают о здоровье и чувствах своих родителей.

113. Если не отдавать моему сыну (дочери) все время и силы, то все может плохо кончиться.
114. Когда все благополучно, я меньше интересуюсь делами сына (дочери).
115. Мне очень трудно сказать своему ребенку «нет».
116. Меня огорчает, что мой сын (дочь) все менее нуждается во мне.
117. Здоровье моего сына (дочери) хуже, чем здоровье большинства подростков.
118. Многие дети испытывают слишком мало благодарности по отношению к родителям.
119. Мой сын (дочь) не может обходиться без постоянной помощи.
120. Большую часть своего свободного времени сын (дочь) проводит вне дома.
121. У моего сына (дочери) очень мало времени на развлечения.
122. Кроме моего сына (дочери) мне больше никто на свете не нужен.
123. У моего сына (дочери) прерывистый и беспокойный сон.
124. Нередко думаю, что я слишком рано женился (вышла замуж).
125. Все, чего добился мой сын (дочь) к настоящему моменту (в учебе, на работе или другом), он (она) добился (лась) только благодаря моей постоянной помощи.
126. Делами сына (дочери) в основном занимается муж (жена).
127. Кончив уроки (или придя с работы), мой сын (дочь) занимается тем, что ему (ей) нравится.
128. Когда я вижу или представляю сына с девушкой, у меня портится настроение.
129. Мой сын (дочь) часто болеет.
130. Семья не помогает, а осложняет мою жизнь.

Бланк для ответов

					Примечание	
1	21	41	61	81	Г+	7
2	22	42	62	82	Г–	8
3	23	43	63	83	У+	8
4	24	44	64	84	У–	4
5	25	45	65	85	Т+	4
6	26	46	66	86	Т–	4
7	27	47	67	87	З+	4
8	28	48	68	88	З–	3
9	29	49	69	89	С+	4
10	30	50	70	90	С–	4
11	31	51	71	91	Н	5
12	32	52	72	92	РРЧ	6
13	33	53	73	93	ПДК	4
14	34	54	74	94	ВН	5
15	35	55	75	95	ФУ	6
16	36	56	76	96	НРЧ	7
17	37	57	77	97	ПНК	4
18	38	58	78	98	ВК	4
19	39	59	79	99	ПЖК	4
20	40	60	80	100	ПМК	4
101	107	113	119	125	Г+	
102	108	114	120	126	Г–	
103	109	115	121	127	У+	
104	110	116	122	128	РРЧ	
105	111	117	123	129	ФУ	
106	112	118	124	130	НРЧ	

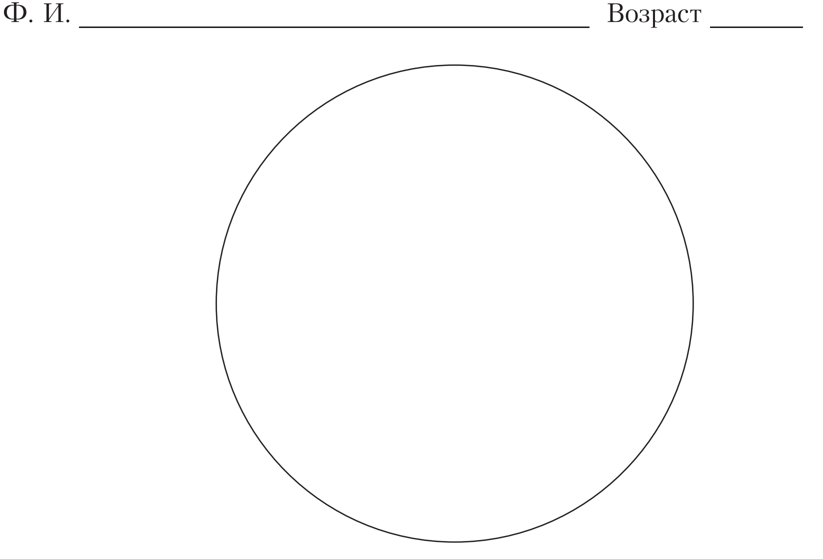
ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Бланк теста «Семейная социограмма»

Вариант № 1 «Реальная семья»

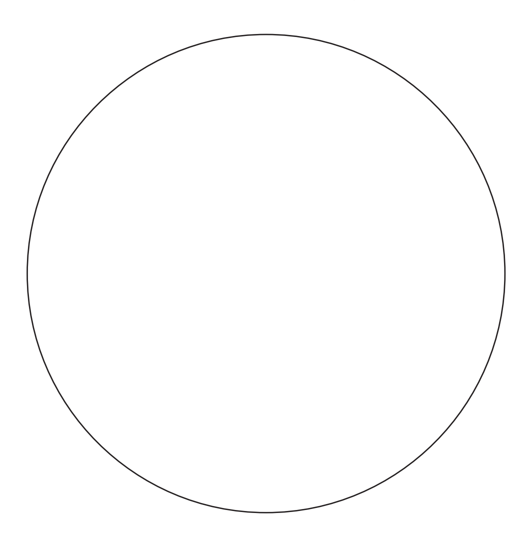
Инструкция. Перед Вами на листе круг. Нарисуйте в нем себя самого и членов своей семьи в форме кружков и надпишите их.

Ф. И. ______________________________ Возраст _______



Вариант № 2 «Идеальная семья»

Инструкция. Перед Вами на листе круг. Нарисуйте в нем себя самого и желаемых членов своей идеальной семьи в форме кружков и надпишите их.



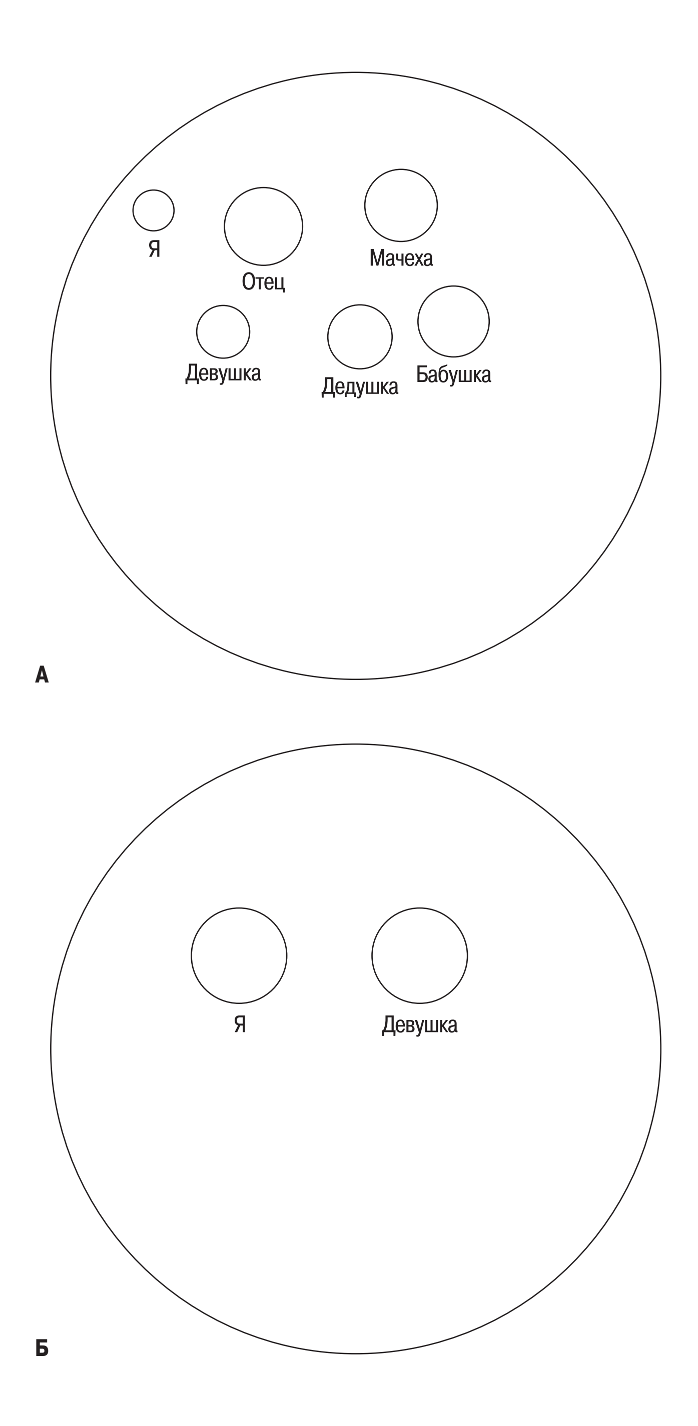


Рис. 1. Социограмма Андрея Р., 17 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

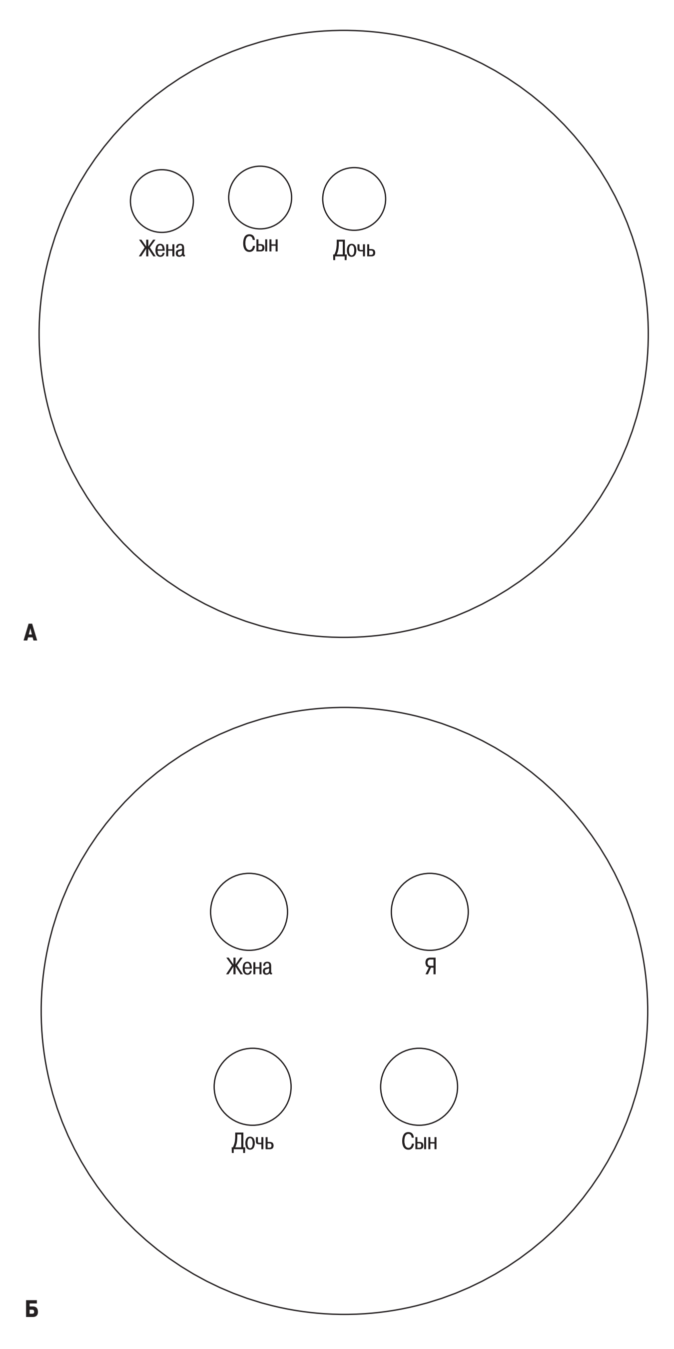


Рис. 2. Семейные социограммы Сергея Ч., 39 лет, реальная семья (А) с отсутствием в круге кружка самого Сергея; идеальная семья (Б)

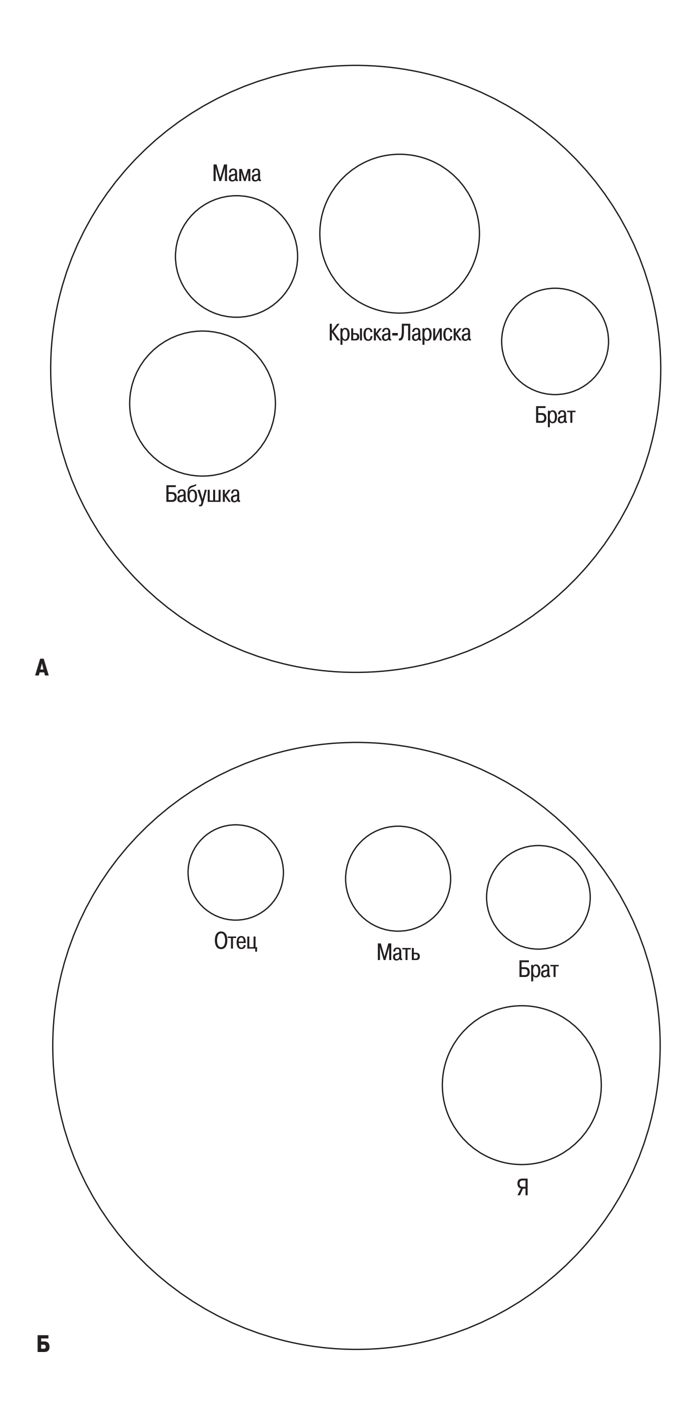


Рис. 3. Социограмма Александра К., 16 лет, реальная семья (А) с отсутствием кружка самого Александра; идеальная семья (Б)

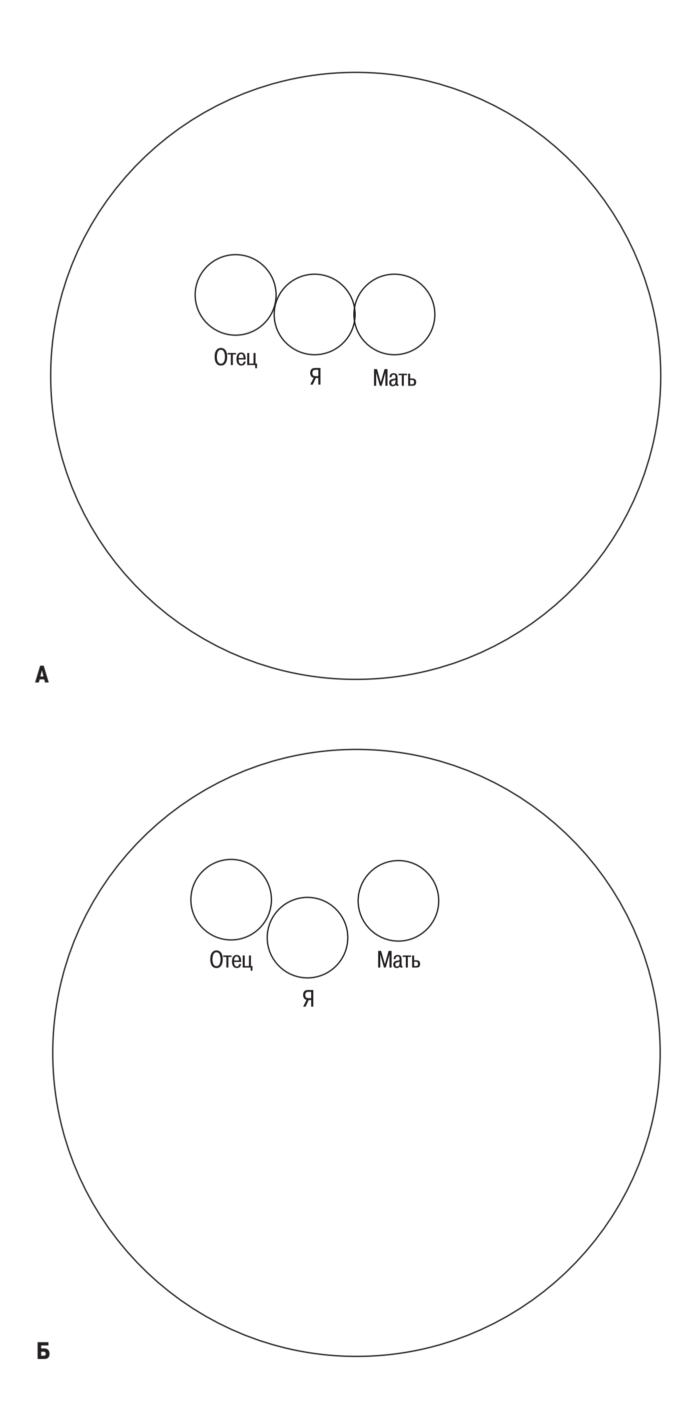


Рис. 4. Социограмма Антона К., 16 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

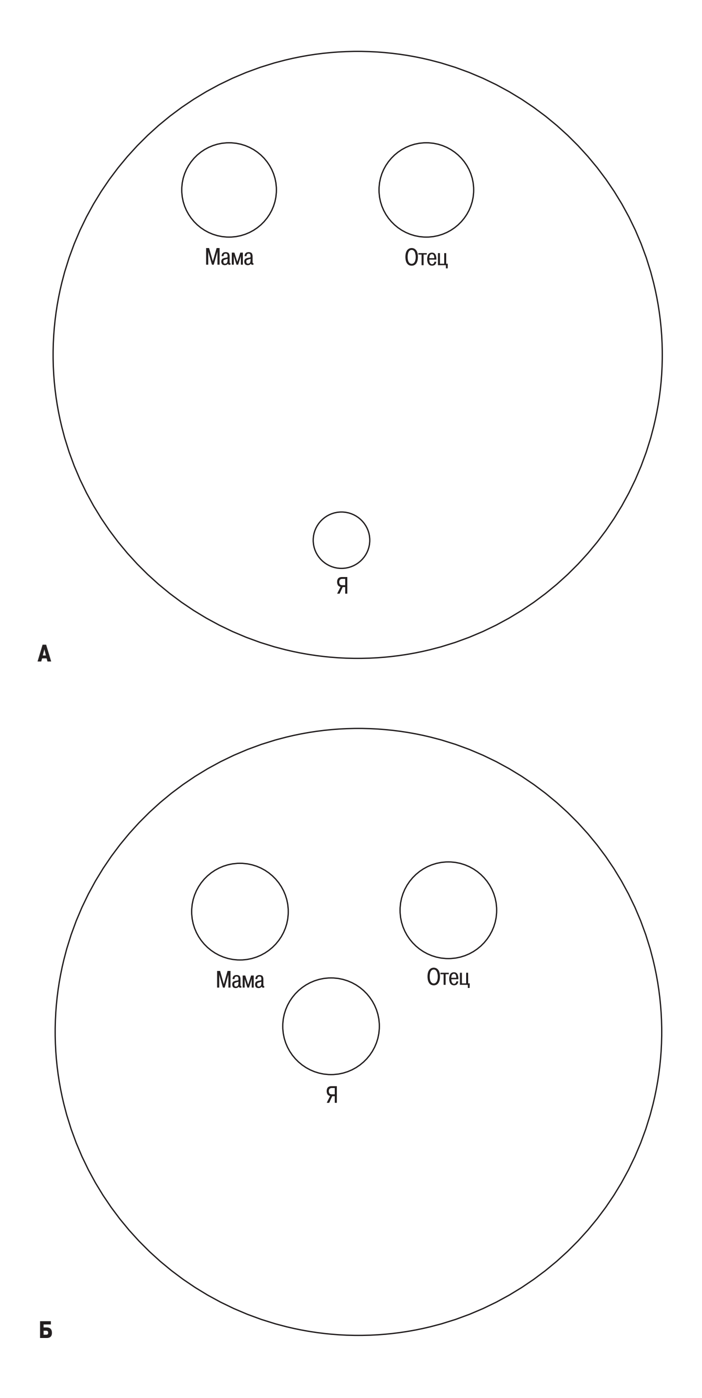


Рис. 5. Социограмма Александра К., 14 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

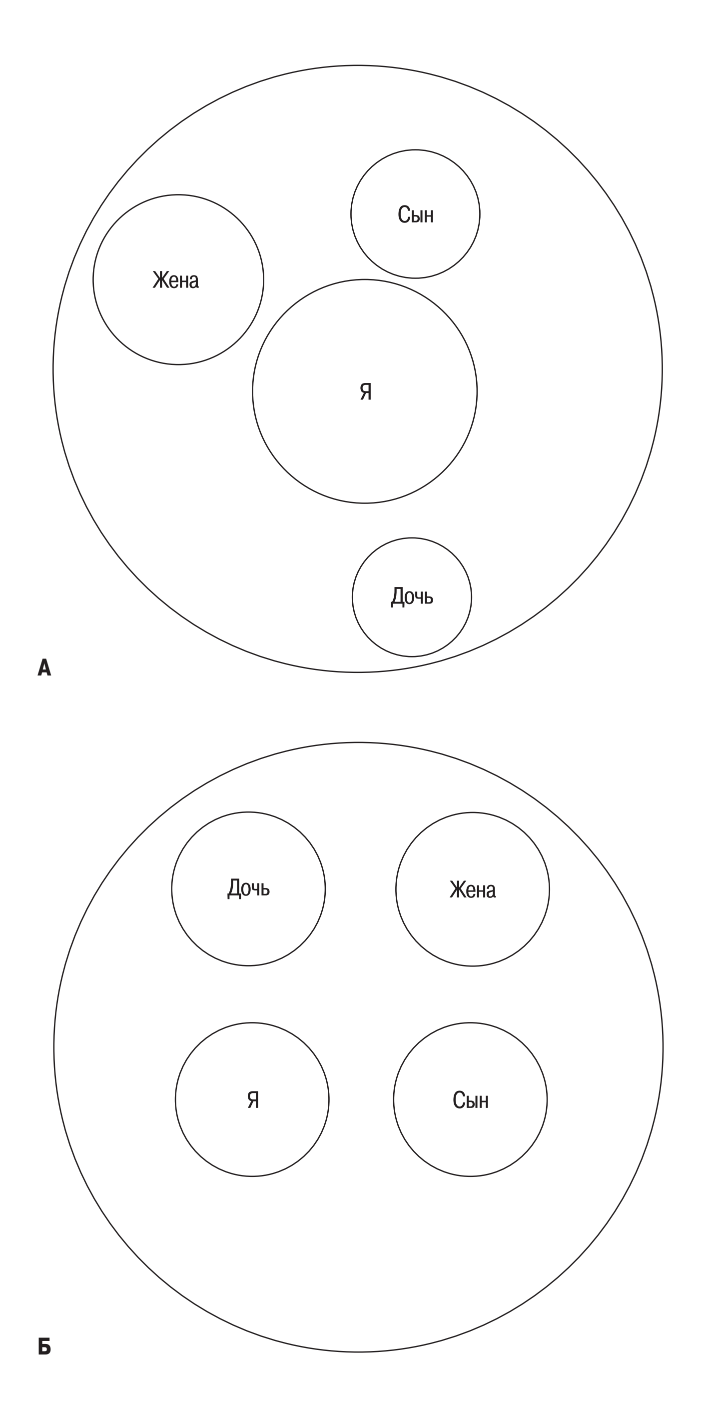


Рис. 6. Социограмма Дмитрия В., 35 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

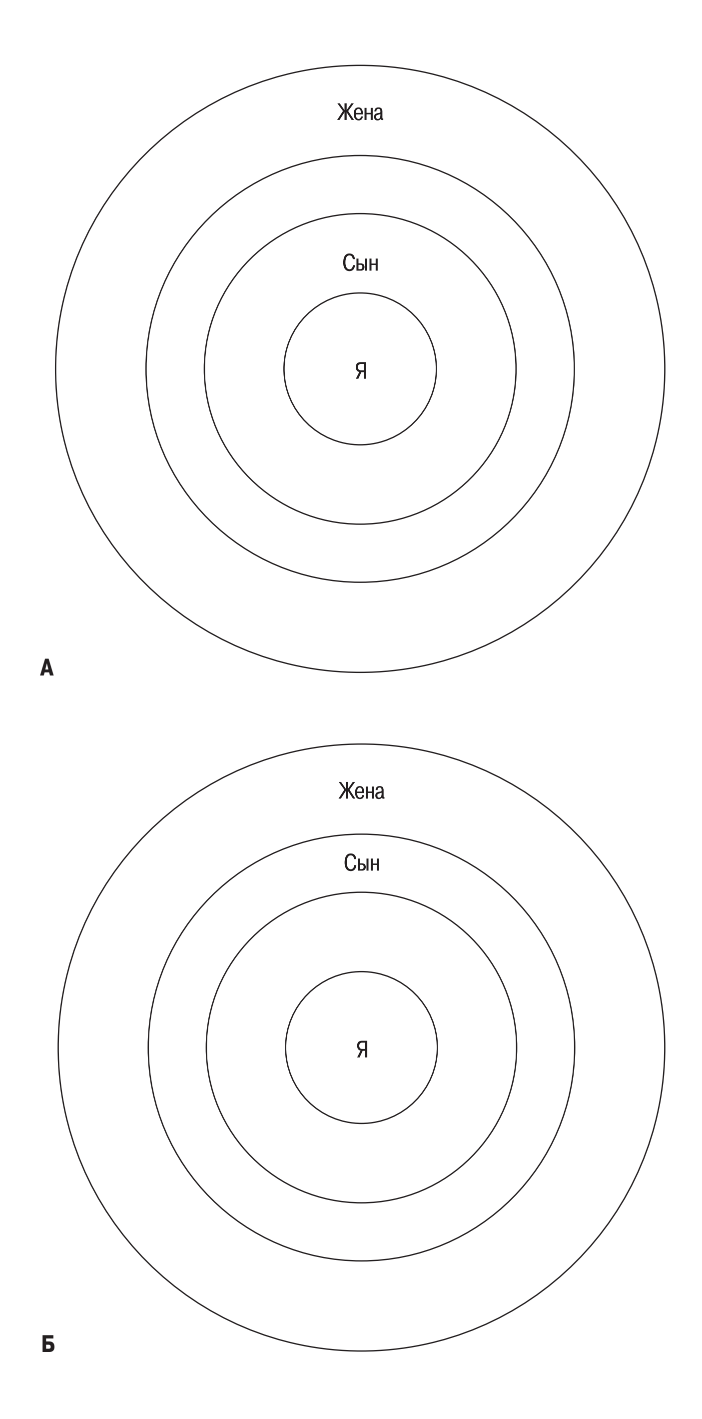


Рис. 7. Социограмма Олега Д., 40 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

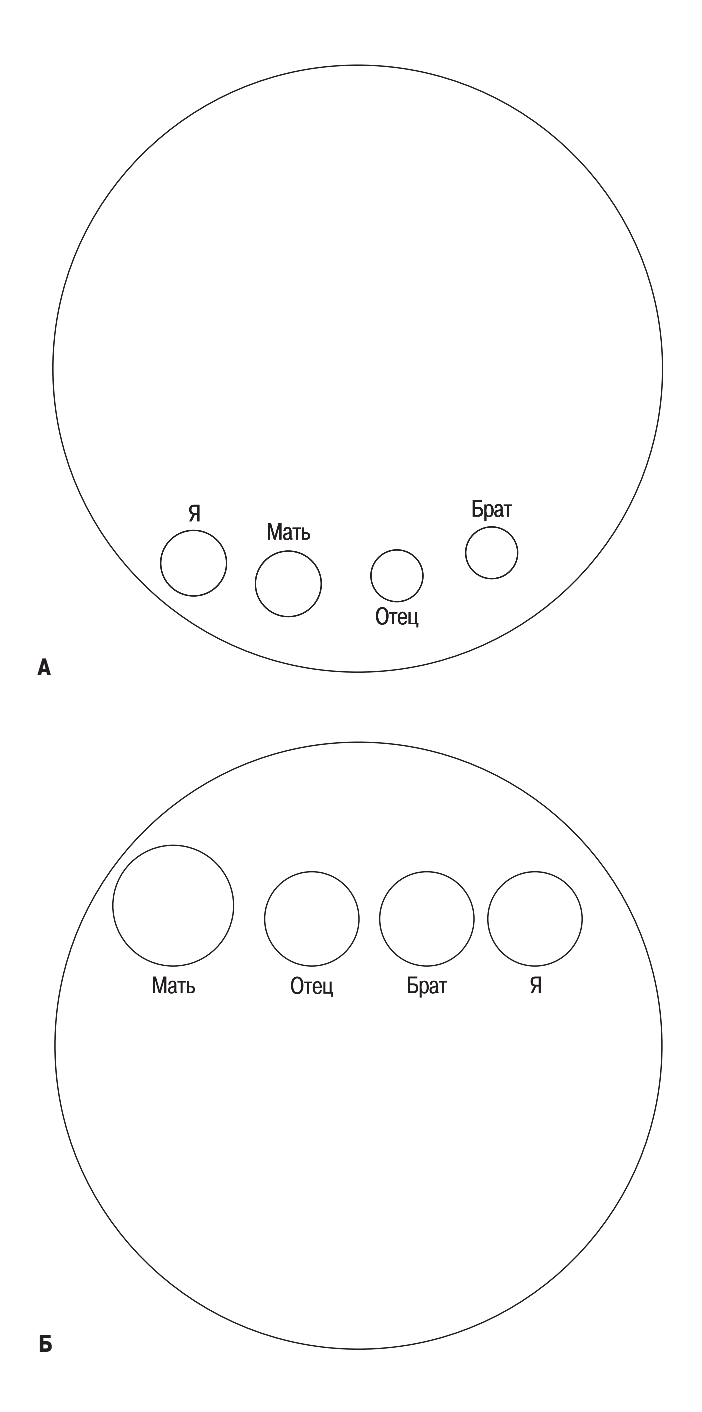


Рис. 8. Социограмма Максима К., 15 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

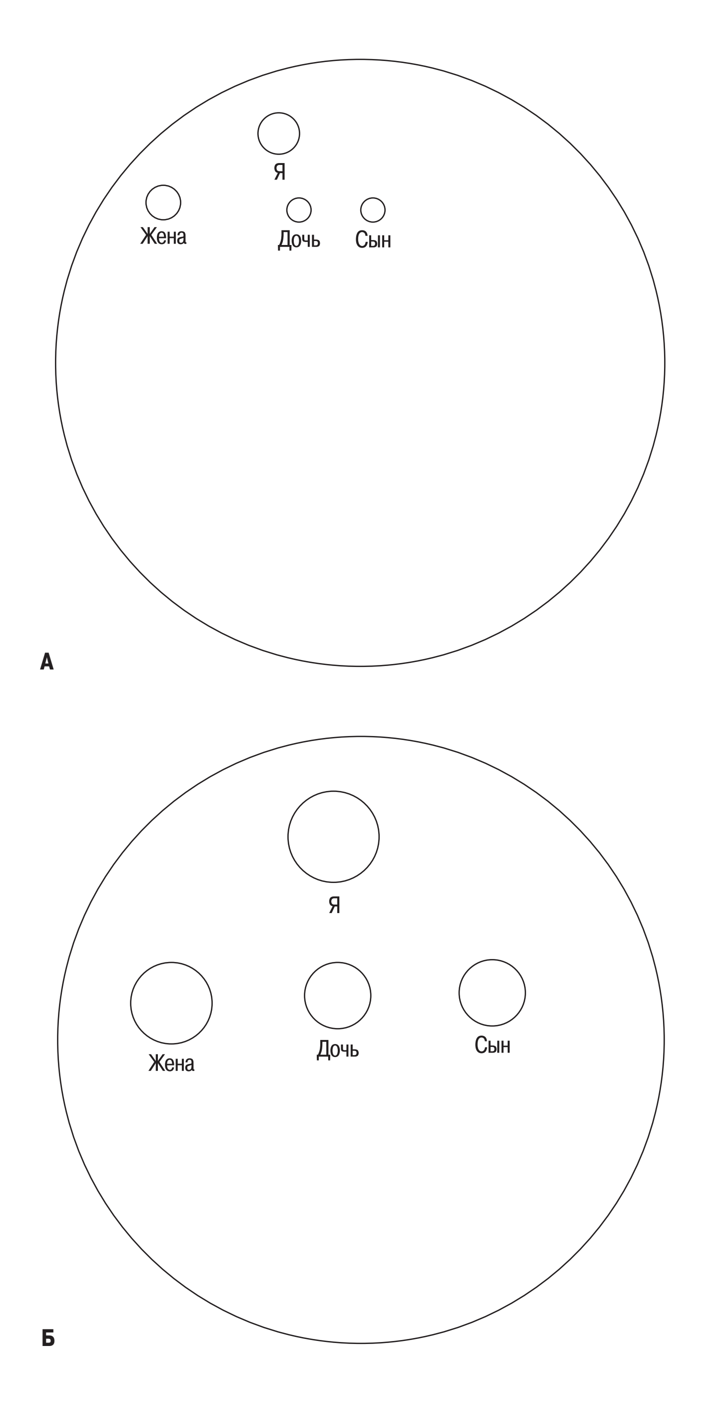


Рис. 9. Социограмма Евгения И., 38 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

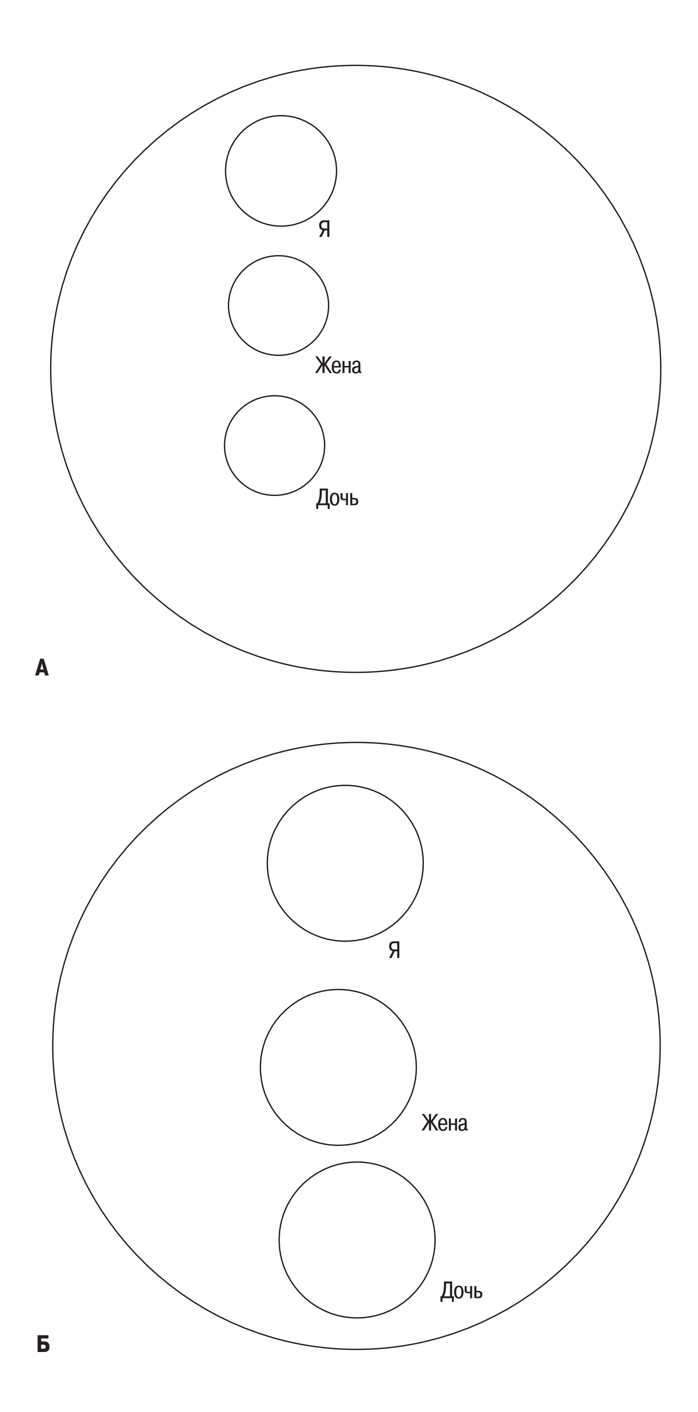


Рис. 10. Социограмма Павла Ш., 40 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

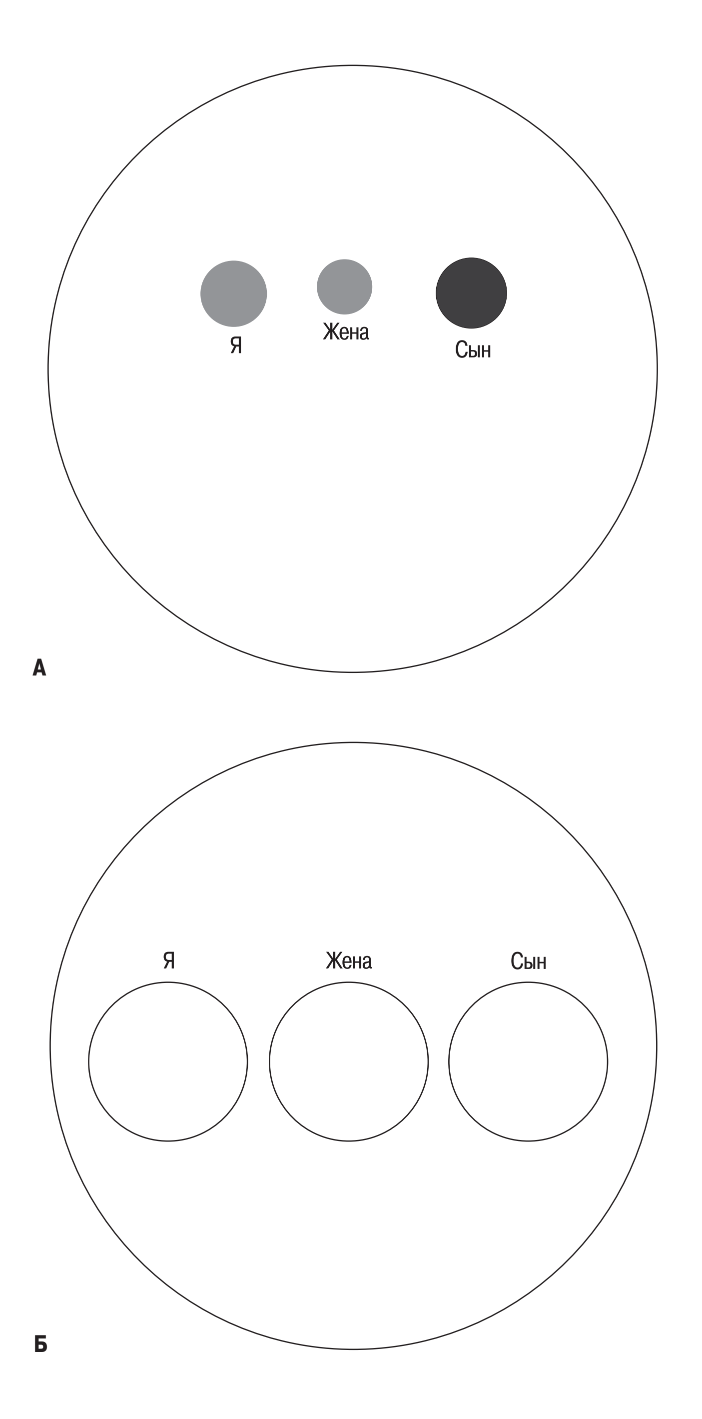


Рис. 11. Социограмма Владимира Г., 40 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

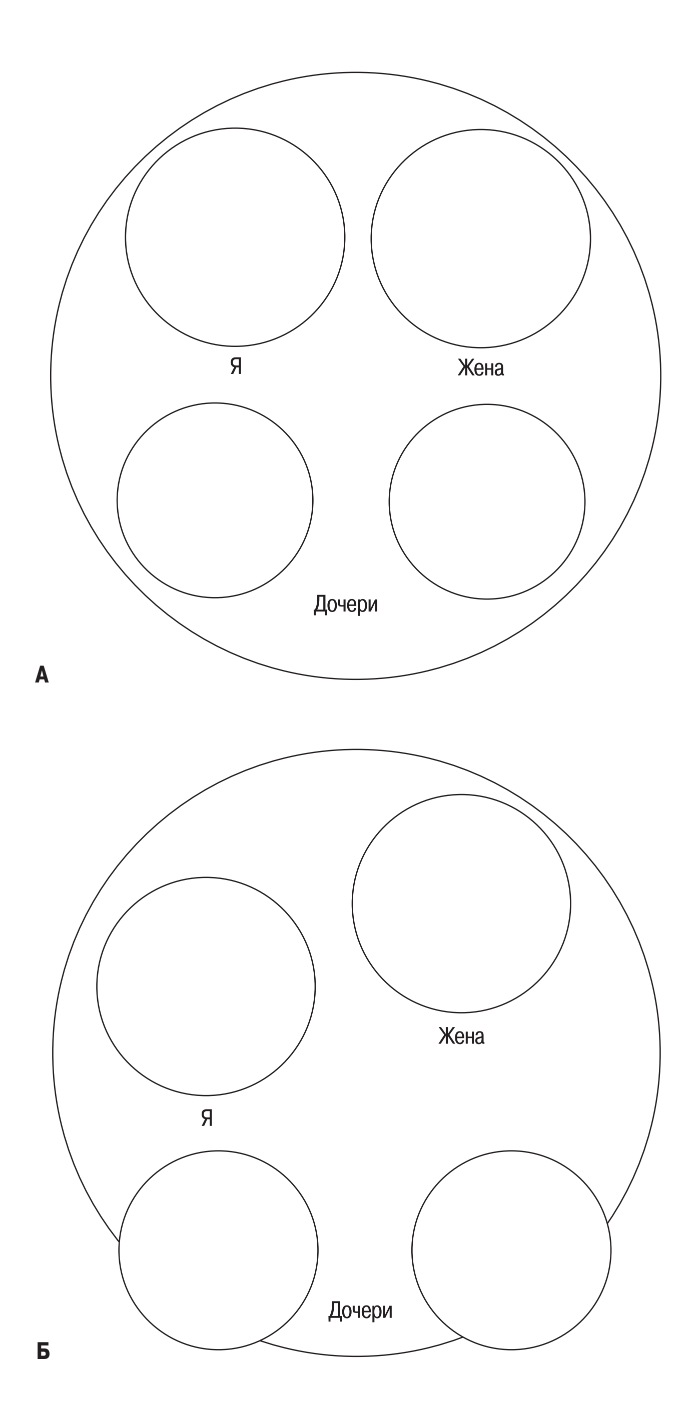


Рис. 12. Социограмма Сергея П., 40 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

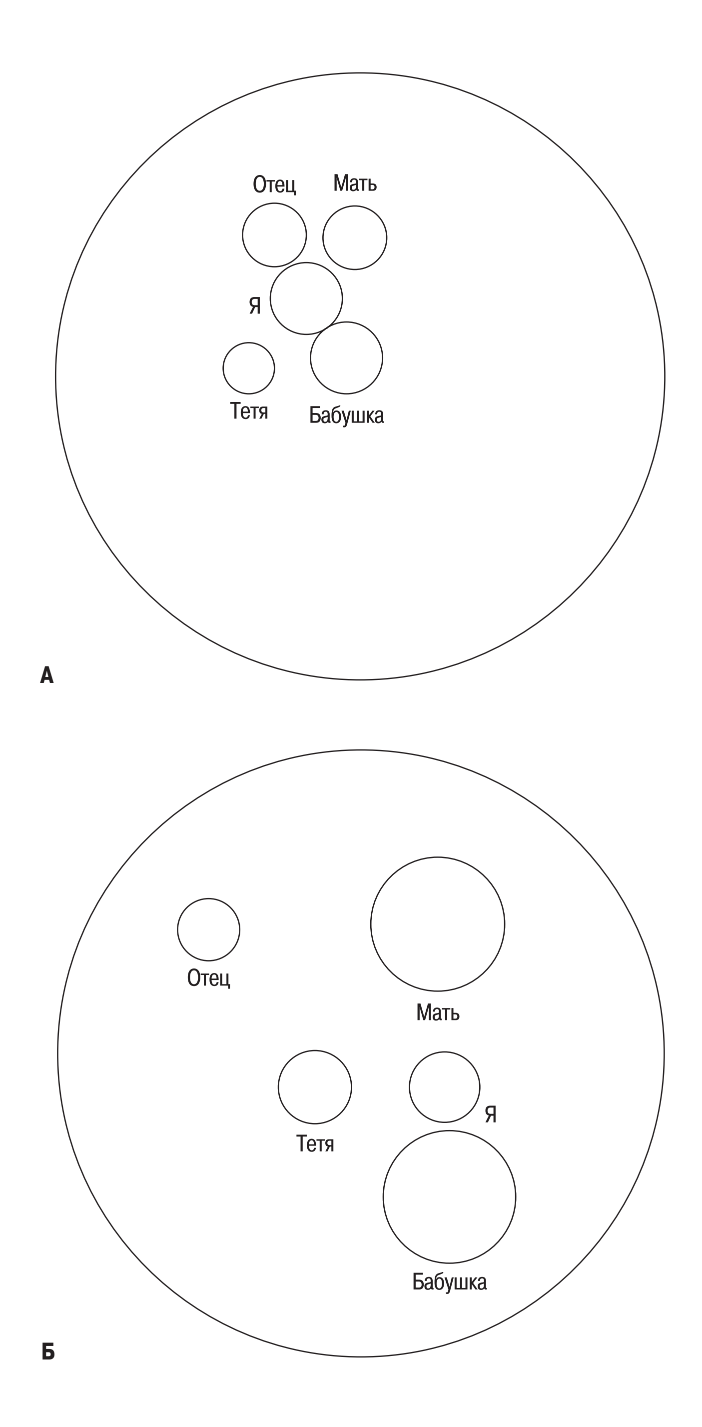


Рис. 13. Социограмма Сергея Ш., 16 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

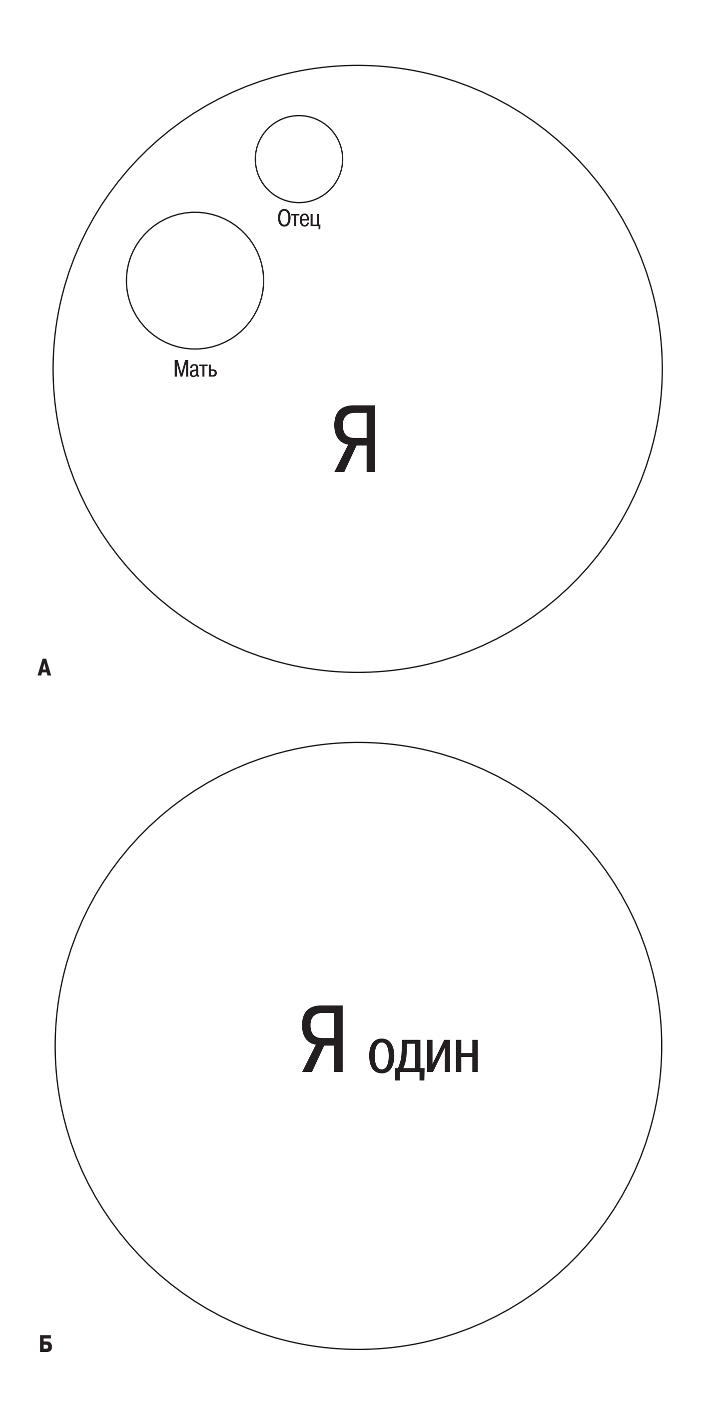


Рис. 14. Социограмма Федора К., 15 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

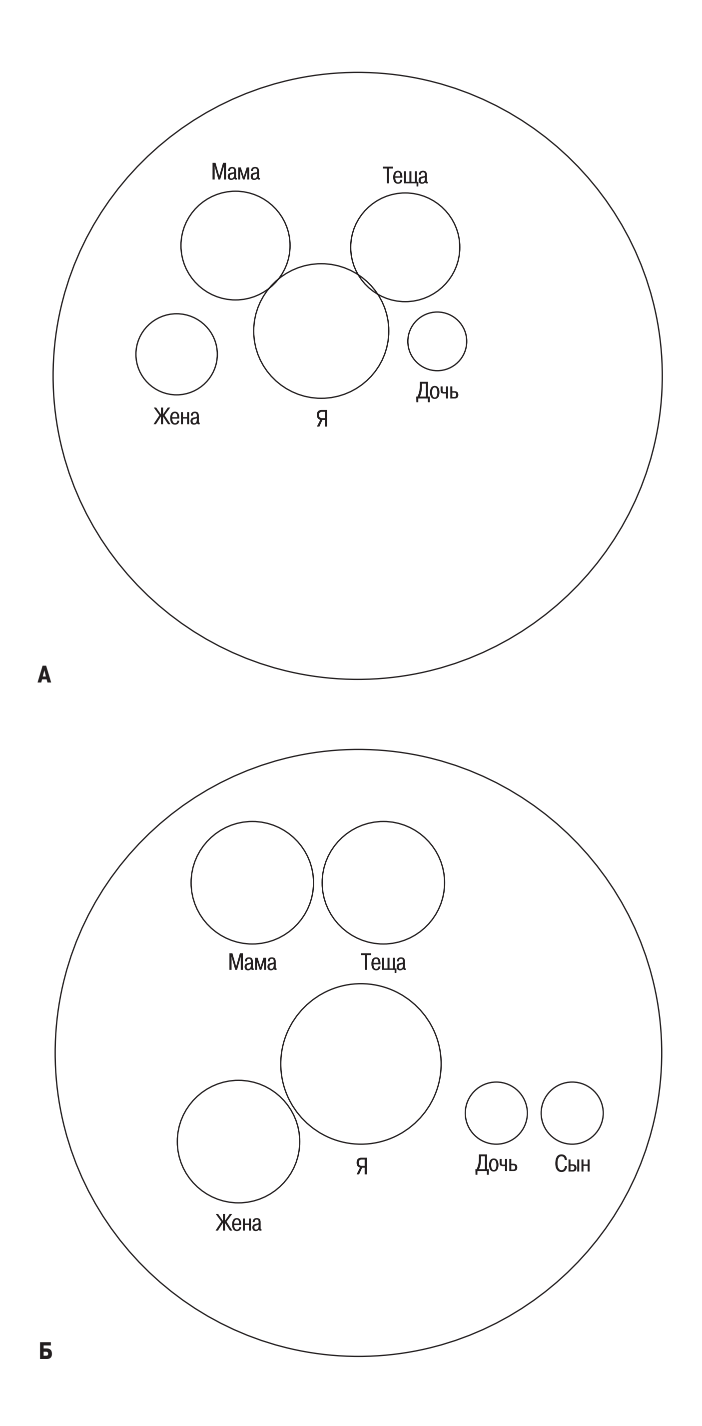


Рис. 15. Социограмма Александра Ч., 38 лет, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

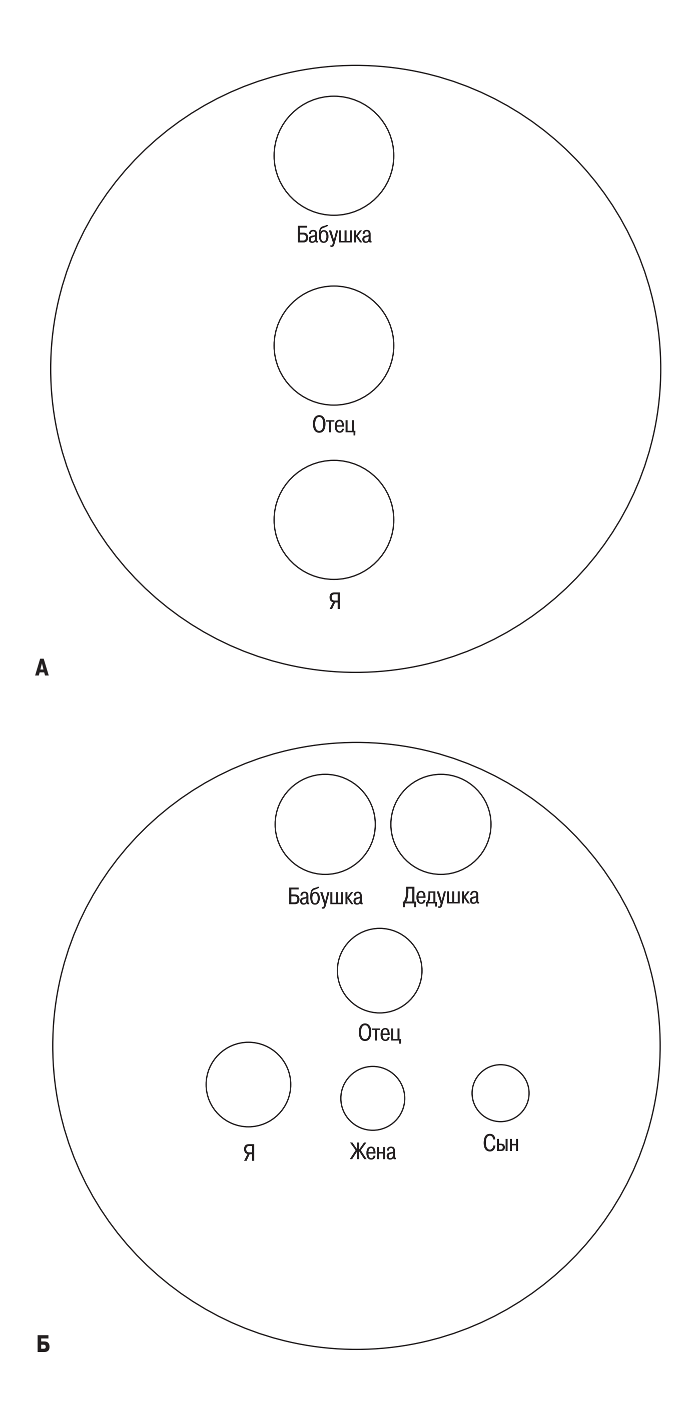


Рис. 16. Социограмма Дмитрия А., 31 год, реальная семья (А), идеальная семья (Б)

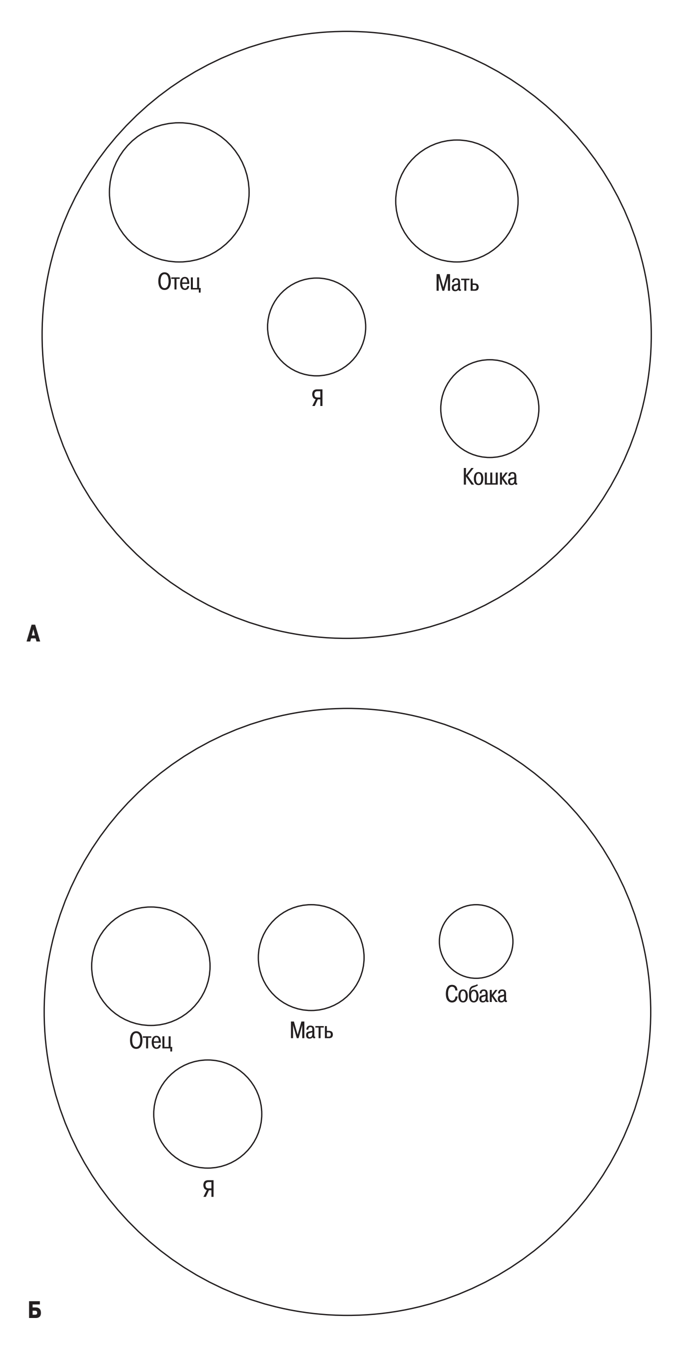


Рис. 17. Социограмма Романа Ш., 15 лет, реальная семья (А) состоит из матери, отца, брата, который не изображен в круге, идеальная семья (Б)

Summary

This is new, completely revised edition of «Family psychotherapy» (1990, Leningrad).

The aims of this new book were to piece together main foreign and national results in family therapy, to survey some new ideas and our new experience in the area, to consider new trends both in our society and in science (especially, psychotherapy, and psychology).

Chapter 1 «The Family as a Cause of Mental Disturbance» focuses upon the ways on which the family affects the personality of its members. Some new interim links between family and personal problems are surveyed. They are a s. c. «general discontentment in the family», «general anxiety in the family», «general tension in the family», «general guilt in the family».

These are prevalent cognitive and emotional states in a family that can follow every its disorders. These states are side — effects of a family disturbance and add their own disordering effect to the main cause of a family problem. The role of these phenomena disturbing the psychic health of the family members is described and also the dynamic and development of these states.

It is shown that (as it often happens with unspecific long lasting pathology) after some time these sideeffects tend to become the main source in causing psychic trauma to individual family members. Clinical and psychodiagnostical ways in assessing these phenomena are discussed.

Chapter II considers main areas in family life and their possible effect in causing and prolonging disturbances in the personality of individual family members.

First section deals with problems the family meets when one of its members has some mental disorder.

Numerous investigations in the field have demonstrated very different factors weighting down the situation in such family. These investigations also showed how diverse and contradictory are family reactions to this situation.

Considering all these reactions a general theory («Watershed – theory») generalizing these reaction is suggested. It suggests that after meeting «mental illsituation» a family has to take a sequence of important choices. Every of these choices decides what will be the way for the further development of the family: 1) rather disintegrative one; 2) rather integrative one; or 3) unstable — an unstable balance between integrative and disintegrative forces in the family. It is highly important that the consequent choices in this sequence are interconnected. If a family steps a foot in one direction it increase the necessity to go also next steps in the same direction.

An original program and experience in education and consulting mental ill's families is discussed.

The second section deals with rather neglected but in our opinion very important «family self–image» problem. The concept assesses how precise, detailed, full, psychologically true is an image of a family on itself. Functions of the « self –image» in developing family structure, taking everyday and general decision was shown.

The structure , development and functioning, main characteristics of «family self image'» are considered. Three types of family depending on how much developed is the

family «selfimage» are described: family with highly developed reflexive selfimage, families with stereotyped selfimage and families with unreflective primitive self image.

It was shown that a reason for retarding the development of the selfimage in a family can be a psychological resistance stemming of some hidden conflicts. But in fact this is only one of numerous other possible causes. There are also a lot of other handicapping factors — psychological family surrounding, obligationdirected role system within a family, lowlevel culture in the family etc.

The family selfimage is shown to be important precondition predisposing a family to very broad spectrum of disturbances in its structure and functioning. The point is that most of family dysfunction described within different streams of family psychotherapy suppose that family is not able to observe itself, recognize some aspects of its life and therefore is defenseless against them. So, such very known family disturbances like «family sequences» (J. Haley), unconscious reinforcement (Azrin, Naster), «doublebind», «triangulation» etc. can persist only under condition of some «family agnosia» (family is not able to notice them). It is shown in this chapter that this «family agnosia» is most typical for families with a rather underdeveloped «self image».

Ways and experience of investigating, diagnosing and development of the family self–image and its therapeutics outcomes are discussed.

Important component of family selfimage are so called «family postulates» (close to «family myths» — Ferreira (1966), Glick @ Kessler (1980)). They are some idea of family members about family life, personality of its members, interrelations that are supposed to be evident. New ways in investigation of these «family postulates» and of their interconnection with family disorders are described.

The third section deals with the family communication. The main idea is that all ample literature of the topic deals only with communication channel: — it is with communication stages that follows after the decision to communicate some message to another family member is taken. Our idea is that the most important stage is what happens before — the «zero –stage» of communication channel, it is the stage when the decision to «send a message» still is not taken. In fact a family member takes this decision by committing some mental experiment in his mind. He 1) has to recognize a situation (a problem) as one which requires to send a message to involved family member (a communication event), 2) tries to image the whole event (how the message will be given by him and accepted by another side), 3) what change in situation and what further consequences it is going to bring.

During this stage the whole event is «rehearsed», the very possibility of it is regarded, the content and ways of communication are shaped. This «zerostage» of communication event is an individual «communication manager», shaping both mutual expectation and ways in which these expectations are precised. So, just on this stage important prerequisites of the success or failure of a communication are laid.

So, we tried to demonstrate prospects of investigating and considering in therapy of these zero – stage processes.

To investigate these processes we have proposed the concept of «communication deficit». It means that considering any family problem we have to answer «the zero — stage question: «What message (if any) sent by one family member to another would have been able to facilitate the solution of the problem?». After answering this question reasons are regarded for which the very idea of communication does not emerged.

If it emerged then how went on the «mental communication experiment» in the mind of the family member, how this experiment facilitated or stopped the communication, how it regulated way and content of a message, how a member of a family reacted to its own decision that communication is impossible.

A lot of clinic cases are considered showing ways how a communication deficit can be analyzed in different situations.

The fourth section considers ways in which the family solves its integration and re integration problems. Three main mechanism are examined: problem solving in the family, «common destiny» and emotional identification mechanisms.

Family problems are most important engine for a family to develop its structure. Ways family chooses to solve these problems are decisive in predicting what impact will these problems have upon its structure and functioning. Early family therapist (like Bell and Bowen) stressed this family ability to define and solve its problems in a rational and effective way and also it ability to resist factors pushing it to irrational ways in solving family problems. Later development in family therapy seems to loss these approach and to stress «less rationalistic» views of the family. Despite of this in this section we try to show how promising this neglected approach can be also for modern psychotherapy. We have developed the concept of special *cognitive roles* in the family.

They are ones which develop in it when it arrives a problem and tries to solve it. Problem solving behavior within the family usually is followed by development of a special cluster of cognitive roles. This cluster can be observed when family discusses its real or artificial (test) — problems. The interrelation between the structure of these cognitive roles and effectiveness of family problem solving was examined. On this bases the idea of a rather strong boundary between clusters of cognitive roles in the family and its usual permanent roles is presented. Such boundary is supposed to be the main structural precondition for effective problem solving and reintegrating a family.

Ways in which structural prerequisites for this can be created are discussed in this section. Clinical experience affecting families is surveyed.

Another important structure in integrating and reintegrating a family are emotional identification between members of a family. Relations of sympathy, emotional attraction, attachment, affection in the family can be highly important but also highly choose, capricious.

They are also highly sensitive to any incongruence between ones emotional (often unconscious) preferences, expectations, needs, on the one side, and a real personality and behavior of other family members, on the other. So, in this chapter a method is presented to analyze these emotional expectations of family members to each other and to check the reactions that arise if the expectations are not met. The experience in using this method in family therapy is referred.

The nest section deals with the family role system. Concept of «pathological» (inflicting) role is discussed. It is shown that the concept has to be supplemented by concept of «latent family role». The latter means a family role that actually are not played by any family member but is highly possible to be actualized under some special conditions producing «pathological roles». These condition are surveyed and it is shown that every single of them is important for «pathological role» to survive. This is important elaborating methods counteracting these roles. The ways to deal with the «role pathology» are discussed.The chapter III considers methods of the family diagnosis

and family therapy. Today a lot of family assessment measures, coding and rating schemes, selfreport scales and questionnaires has been developed. Ample surveys referring them are published (H. Grotevant, C. Carlson, 1989). So the main aim of this book was to discuss the philosophy of assessment and to evaluate possible approaches.

Our experience in assessment of a family is referred and illustrated by clinical cases.

The last chapter refers some special problems that arise using the family psychotherapy dealing with special somatic and psychic diseases. Main concepts and experience in family therapy dealing with tuberculosis of the lungs, hypertensive disease, ischemic heart disease, myocardial infarction, ulcerative disease of the stomach, duodenal ulcer, diabetes, ulcerative colitis were discussed. Our long experience (both successeful and unsuccesseful) adapting and trying different family therapy approach in treatment of schizophrenia (especially considering recent successes in Expressed Emotion EE investigation and methods), neurosis, abnormal personality in adults and adolescents is referred.

The book is completed by original family assessment methods that were developed and intensively used in our work.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ



Родители остаются одни

Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности до наших дней. М.: Прогресс-Культура, 1995.

Алешина Ю. Е. Цикл развития семьи: Исследования и проблемы // Вестн. Моск. ун-та. Психология, Сер. 14. 1987. № 2. С. 60–72.

Андреева Г. М. Социальная психология. М.: МГУ, 1980.

Анохин П. К. Избранные труды: Системные механизмы высшей нервной деятельности. М.: Наука, 1979.

Бехтель Э. Е. Донозологические формы употребления алкоголя. М.: Медицина, 1986.

Бокий И. В., Цыцарев С. В. Патологическое влечение к алкоголю у больных алкоголизмом в ремиссии: Клинико-психологический анализ // Ремиссии при алкоголизме: Сб. науч. тр. / Под ред. И. В. Бокий, О. Ф. Ерышева, Т. Г. Рыбаковой. Л., 1987. С. 7–19.

Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. СПб.: Питер, 2001.

Величковский Б. М. Современная когнитивная психология. М.: МГУ, 1982.

Варга А. Я., Будинайте Г. Л. Теоретические основы системной семейной терапии // Системная симейная терапия: классика и современность. М.: Класс, 2005.

Витакер К. Полночные размышления семейного терапевта. М.: Класс, 1998.

Волкова А. Н., Трапезникова Т. М. Методические приемы диагностики супружеских от ношений // Вопросы психологии. 1985. № 5. С. 110–116.

Воловик В. М. Семейные исследования в психиатрии и их значение в реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных. М., 1980. С. 207–267.

Воловик В. М., Гайда В. Л., Коцюбинский А. П. Исследование семьи и семейная терапия при шизофрении // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 20–3I.

Гиляровский В. А. Избранные труды. М.: Медицина, 1973.

Гозман Л. Я., Шлягина Е. И. Психологические проблемы семьи // Вопросы психологии. 1985. № 2. С. 186–187.

Голод С. И. Стабильность семьи. Л.: Наука, 1984.

Гончарская Т. В. Методика функциональной тренировки поведения в психотерапии больных малопрогредиентной шизофренией // Клинико-психологические исследования групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях / Под ред. Б. Д. Карвасарского, Е. Ф. Бажина, В. М. Воловика. Л., 1979. С. 126–130.

Гребенников И. В. Воспитательный климат семьи. М.: Знание, 1976.

Груздева Е. В., Чертихина Э. Т. Труд и быт советских женщин. М.: Политическая литература, 1983.

Губачев Ю. М., Иовлев Б. Д., Карвасарский Б. Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л.: Медицина, 1976.

Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1982.

Гузиков Б. М., Зобнев В. М., Мейроян А. А., Рыбакова Т. Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. Л., 1980.

Демиденко Т. Д., Львова Р. И., Калягина Л. В. и др. Роль семьи в реабилитации постинсультных больных // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1978. С. 136–141.

Джеймс М. (James M.) Брак и любовь / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1985.

Джулиус Э. К., Пэпп П. Семейная хореография: алкоголическая семейная система на протяжении нескольких поколений // Семейная психотерапия: Хрестоматия (сост. Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. В. Юстицкис). СПб.: Речь, 2007.

Дичюс П. Развод и его причины в Литовской ССР // Человек после развода. Вильнюс, 1985. С. 13–20.

Захаров А. И. Предпосылки патогенетически обоснованной семейной психотерапии детей с невротическими расстройствами // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1987. С. 75–86.

Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.

Зельцер-Венке. Культурно-исторические особенности работы семейного психотерапевта в Норвегии // Семейные психотерапевты и семейные психологи: Кто мы? Материалы международной конференции (ред. Э. Г. Эйдемиллер и А. З. Шапиро). СПб., 2001.

Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996.

Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983.

Калитиевская Е. Р. Непатологические девиации формирования характера у подростков и юношей с хроническими соматическими заболеваниями // Предболезнь с фактором повышенного риска в психоневрологии: Сб. науч. тр. / Под ред. С. Б. Семичева, Н. В. Конончук, А. П. Коцюбинского. Л., 1986. С. 111–114.

Карвасаркий Б. Д. Медицинская психология. Л.: Медицина, 1982.

Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М.: Медицина, 1985.

Карвасарский Б. Д. (ред.) Психотерапия: Учебник для вузов. 3-е изд. СПб.: Питер, 2007.

Карин С. Х. В мире мудрых мыслей. М.: Знание, 1962.

Карнеги Д. Как приобретать друзей и оказывать влияние на людей / Пер. с англ. Вильнюс: ЛитНИИТИ, 1986.

Карпова Э. Б. Разработка и клиническая апробация методики исследования систем отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1985.

Келам А., Эббер И. Причины конфликтных ситуаций в семье (по материалам Таллинской семейной консультации) // Человек после развода. Вильнюс, 1985. С. 56–66.

Келли Г. Процесс каузальной атрибуции // Современная зарубежная социальная психология. М.: МГУ, 1984. С. 127–137.

Келли Г., Тибо Дж. Межличностные отношения: Теория взаимозависимости // Современная зарубежная социальная психология. М.: МГУ, 1984. С. 127–137.

Кендэл М. Ранговые корреляции. М.: Статистика, 1975.

Кербиков О. В. Избранные труды. М.: Медицина, 1971.

Кличюс А. И. Тенденции изменения бюджетов времени малых городов СССР // Город: Вопросы социального развития. Вильнюс: Райде. 1987. С. 94–112.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979.

Ковалев С. В. Психология семейных отношений. М.: Педагогика, 1987.

Козлов В. П. Психогигиенические аспекты воспитания детей и подростков // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В. К. Мягер, В. П. Козлова, Н. В. Семеновой Тянь-Шанской. Л., 1983. С. 13–17.

Конончук Н. В. Личные и семейные мотивы суицидов // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 128–132.

Костерева В. Я. О роли семейных конфликтов в формировании внутренней картины болезни у больных шизофренией // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 32–38.

Куприянов С. Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В. К. Мягер, В. П. Козлова, Н. В. Семеновой-Тянь-Шанской. Л., 1983. С. 76–84

Куприянов С. Ю. Роль семейных факторов в формировании вариантов нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы и их коррекция методами семейной психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1985.

Левкович В. П., Зуськова О. Э. Социально-психологический подход к изучению супружеских конфликтов // Психологический журнал. 1985. № 3. С. 126–137.

Левкович В. П., Зуськова О. Э. Методика диагностики супружеских отношений // Вопросы психологии. 1987. № 4. С. 128–134.

Леонгард К. Акцентуированные личности. Киев: Вища школа, 1981.

Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения. М.: Педагогика, 1983. Т. 2.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1983.

Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 102–115.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л.: Медицина, 1985.

Ломаченков А. С. Прогноз восстановительной терапии больных параноидной шизофренией в зависимости от преморбидных социально-психологических и личностных характеристик // VII Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. М., 1981. Т. 3. С. 604–606.

Малахов Б. Б. Семейная психотерапия сексуальных нарушений у женщин, возникших на ранних этапах брака // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 123–127.

Мацковский М. С., Гурко Т. А. Молодая семья в большом городе. М.: Знание, 1986.

Мишина Т. М. Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 13–20.

Мишина Т. М. Семейная психотерапия и динамика «образа семьи» // Психогигиена и психопрофилактика: Сб. науч. тр. / Под ред. В. К. Мягер, В. П. Козлова, Н. В. Семеновой-Тянь-Шанской. Л., 1983. С. 21–26.

Мягер В. К. Теоретические предпосылки семейной психотерапии // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 5–9.

Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Методические рекомендации. Л., 1976.

Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия: Руководство по психотерапии. Л.: Медицина, 1979. С. 297–310.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л.: Изд. ЛГУ, 1960.

Навайтис Г. Психологические особенности распада супружеских отношений // Человек после развода / Под ред. Н. Я. Соловьева. Вильнюс, 1985. С. 72–75.

Найссер У. Познание и реальность. М.: Прогресс, 1981.

Население СССР. М.: Статистика, 1983.

Нейпир О., Витакер К. Семья в кризисе: опыт терапии одной семьи, преобразовавший всю ее жизнь, М.: Когито-Центр, 2005. С. 343.

Обозов Н. Н. Межличностные отношения. Л.: Изд-во ЛГУ, 1979.

Обозова А. Н. Психологические проблемы службы семьи и брака // Вопросы психологии. 1984. № 3. С. 104–110.
Олейник Ю. Н. Исследование уровней совместимости в молодой семье // Психологический журнал. 1986. № 2. С. 59–67.
Павлов И. П. Полное собрание трудов. М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1951, III, кн. I.
Папп П. Семейная терапия и ее парадоксы. М.: Независимая фирма «Класс», 1998.
Пезешкян Н. 33 и одна форма партнерства. М.: Медицина, 1998.
Петренко В. Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании. М.: Изд-во МГУ, 1983.
Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив. М.: Политиздат, 1982.
Петровский А. В. Популярные беседы о психологии. М.: Педагогика, 1983.
Поляков Ю. Ф. Патология познавательных процессов // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М.: Медицина, 1972. С. 225–278.
Психотерапевтическая энциклопедия. 3-е изд. / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2006.
Раппопорт С. С. Послеразводная ситуация в восприятии разведенных // Человек после развода / Под ред. Н. Я. Соловьева. Вильнюс, 1985. С. 135–148.
Решетников М. М. Актуальные вопросы в Российской психотерапии // Семейные психотерапевты и семейные психологи: Кто мы? Материалы международной конференции «Психология и психотерапия семьи». СПб.: Иматон, 2001. С. 12–20.
Рожнов В. Е. Методика коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии больных хроническим алкоголизмом // Проблемы алкоголизма. М., 1971. С. 207–216.
Рыбакова Т. Г. Роль семейной адаптации больных алкоголизмом в формировании устойчивых ремиссий // Ремиссии при алкоголизме: Сб. науч. тр. / Под ред. И. В. Бокий, О. Ф. Ерышева, Т. Г. Рыбаковой. Л., 1987. С. 86–91.
Рыбакова Т. Г. Семейные отношения и семейная психотерапия больных алкоголизмом: Автореф. дис. ...канд. мед. Наук. Л., 1980.
Рыбакова Т. Г. Поддерживающая семейная психотерапия в комплексном лечении больных алкоголизмом // Тез. докл. науч. конф. «Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом» 25–26 ноября 1986. Л., 1986. С. 389–390.
Саймон Р. Один к одному. Беседы с создателями семейной терапии. М.: Независимая фирма «Класс», 1996.
Свядощ А. М. Неврозы. М.: Медицина, 1982.
Сельвини Палаццоли М., Босколо Л., Чекин Дж., Прата Дж. Парадокс и контрпарадокс. М.: Когито-Центр, 2002.
Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987.
Семичев С. Б. К критике концепции «больной семьи» // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 9–13.
Смехов В. А. Опыт психологической диагностики и коррекции конфликтного общения в семье // Вопросы психологии. 1985. № 4. С. 81–92.
Смулевич А. Б. Малопрогредиентная шизофрения. М.: Медицина, 1987.
Соколова Е. Т. Модификации теста Роршаха для диагностики нарушений семейного общения // Вопросы психологии. 1985. № 4. С. 145–150.
Соловьев Н. Я. Брак и семья сегодня. Вильнюс: Минтис, 1977.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974.
Сысенко В. А. Супружеские конфликты. М.: Финансы и статистика, 1983.

Титаренко В. Я. Семья и формирование личности. М.: Мысль, 1987.
Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986.
Тысячная З. К. Семейная психотерапия в профилактике суицидов // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 133–135.
Уорден М. Основы семейной психотерапии. 4-е межд. изд. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005.
Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд. М.: Медицина, 1987.
Харчев А. Г. Брак и семья в СССР. М.: Политиздат, 1979.
Хекхаузен Х. Деятельность и мотивация / Пер. с нем. М.: Прогресс. 1985. Т. 2, 1986.
Хоментаускас Г. Т. Использование детского рисунка для исследования внутрисемейных отношений // Вопросы психологии 1986. № 1. С. 165–170.
Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер Пресс, 1997.
Черников А. В. (сост.) Системная семейная терапия: Классика и современность. М.: Класс, 2005.
Чернов А. П. Мысленный эксперимент. М.: Наука, 1979.
Чуйко Л. В. Браки и разводы. М.: Статистика, 1975.
Шапиро А. З. Трудности перевода в семейно-терапевтическом контексте: от негативности к позитивности // Нейпир О., Витакер К. Семья в кризисе. М.: Когито-Центр, 2005. С. 7–16.
Шерешевский А. М. Идеи семейной психотерапии в истории отечественной психотерапии // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях / Под ред. В. К. Мягер и Р. А. Зачепицкого. Л., 1987. С. 142–146.
Шибутани Т. Социальная психология / Пер. с англ. М.: Прогресс, 1969.
Шлиппе А. Ф., Швайтцер Й. Учебник по системной терапии и консультированию. М.: Институт консультирования и семейных решений, 2007.
Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику. М.: Изд-во МГУ, 1982.
Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: методические рекомендациях. М. МЗ СССР. 1980.
Эйдемиллер Э. Г. Возрастные аспекты групповой и семейной психотерапии при пограничных нервно-психических расстройствах // Научный доклад по материалам публикаций, представленных на соискание ученой степени доктора медицинских наук. СПб.: Психотерапевтический институт им. В. М. Бехтерева, 1994.
Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Методическое пособие. М.: Фолиум, 1996.
Эйдемиллер Э. Г. Системная семейная психотерапия (ред.). СПб.: Питер, 2002.
Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В. Аналитико-системная терапия: Классика и современность. М.: Класс. 2005.
Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. В. (сост.) Семейная психотерапия. Хрестоматия. СПб.: Речь, 2007.
Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Речь, 2006.
Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, неврозами и неврозоподобными состояниями: Методические рекомендации. Л., 1987.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. 3-е изд. СПб.: Питер, 2001.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990.

Эпштейн М. Речи на поминках постмодерна // Петербург на Невском. СПб.: 2006. С. 20.

Эфран Дж., Льюкенс Р., Льюкенс М. Конструктивизм: что он может дать вам? К вопросу о том, когда следует отличать стол от дивана // Семейная психотерапия (сост. Эйдемиллер Э. Г., Александрова Н. В., Юстицкис В. В.). СПб.: Речь, 2007. С. 63–79.

Юстицкий В. В. Роль неосознаваемых психологических механизмов в формировании отношений родителей к детям // Применение математических методов в исследовании процесса обучения. Вильнюс, 1977. С. 159–164.

Юстицкий В. В. Семья и несовершеннолетний правонарушитель // Актуальные проблемы семьи и воспитания / Под ред. Н. Я. Соловьева. Вильнюс: Минтис, 1981. С. 58–68.

Ackerman, N. W. The Psychodynamics of Family Life. New York: Basic Books, 1958.

Ackerman, N. W (Ed.). Family therapy in transition. New York: Little, Brown, 1970.

Ackerman, N. W. The growing edge of familv therapy. In C. Sager & H. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Ackerman, N. W. Family psychotherapy and psychoanalysis: The implications of difference. In N. W Ackerman (Ed.), Family process. New York: Basic Books, 1970.

Ackerman, N. W. The family as a social and emotional unit. Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society, 1937, 12, № 2.

Ackerman, N. W. The psychodynamics of family life. New York: Basic Books, 1958. Ackerman, N. W Treating the troubled family. New York: Basic Books, 1966.

Ackerman, N. W. Interlocking pathology in family relationships. In S. Rado & G. Daniels (Eds.), Changing concepts of psychoanalytic medicine. New York: Grune & Stratton, 1956.

Ackerman, N. W., & Behrens, M. L. Family diagnosis and clinical process. In S. Arieti & G. Caplan (Eds.), American handbook of psychiatry II: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry (2nd ed.). New York: Basic Books, 1974.

Alanen, Y. O. In Search of the Interactional Origin of Schizophrenia // The Family: Evolution and Treatment. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Alanen, Y. O. (1966). The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders. Acto Psychiotrica Scondinavica, 42 (Suppl. 189).

Alexander, F. Emotional Factors in Essential Hypertension // Psychosomatical Medicine, 1939, 1, 175.

Alexander, F. Psychosomatic Medicine. New York: Norton, 1950.

Alexander, J., & Parsons, B. V. Functional family therapy. Monterey, Calif: Brooks/Cole, 1982.

Alger, J. Integrating immediate video playback in family therapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy. Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Alger, J. Multiple couple therapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy. Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Alt, K. Uber familiare Irrenpflege. Halle: Marchold, 1983.

Anderson, C. M. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia (pp. 99–116). New York: Guilford, 1983.

Anderson, C. M. Ein psychopedagogisches Modell zur Familientherapie der Schizophrenie // Stierlin H., Wynne L. Psychotherapie und Sozialtherapie der Schizophrenie. Wirsching P. Berlin: Springer Veriag, 1985.

Anderson, C. M., & Stewart, S. Mastering resistance: A practical guide to family therapy. New York: Guilford Press, 1983.

Anderson, C. M., Hogarty, G., Reiss, D. I. Family treatment of adult schizophrenia patients: A psychoeducational approach. Schizophrenia Bulletin, 1980, 6, 490– 505.

*Anderson, C. M., Hogarty, G., & Reiss, D. I. (*1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. In M. Goldstein (Ed.), New developments in interventions with families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12). San Francisco: Jossey-Bass.

Andolfi, M. Family therapy: An interactional approach. New York: Plenum, 1979.

Angell, R. C. The Family encouters the depression. New York: Scribners and Sons, 1936. P. III.

Anthony, E. J. The impact of mental and physical illness on family life. American Journal of Psychiatry, 1970, 127, 136–143.

Anthony, E. J., & Rizzo, A. Adolescent girls who kill or try to kill their fathers. In E.Anthony & C. Koupernik (Eds.), The child in his family II: The impact of disease and death. New York: Wiley, 1973.

Anthony, W., Cohn, M., & Cohn, B. (1983). The philosophy, treatment process, and principles of the psychiatric rehabilitation approach. In L. Bachrach (Ed.), Deinstitutionalization. New Directions for Mental Health Services, № 17. San Francisco: Jossey-Bass.

Aponte, H. I. Underorganization in the poor family. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Aponte, H. J., & Van Deusen, I. M. Structural family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.). Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Arbuckle, D. Consumers make mistakes too: An invited response. Personnel and Guidance journal, 1977, 56, 226–228.

Arey, S., & Warheit, G. (1980). Psychological costs of living with psychologically disturbed family members. In L. Robins, P. Clayton, & I. K. Wing (Eds.), The social consequences of psychiatric illnesses. New York: Brunner/Mazel.

Arieti, S. (1974). Interpretation of schizophrenia (2nd rev. ed.). New York: Basic Books.

Arieti, S. (1981). The family of the schizophrenic and it's participation in the therapeutic task. In S. Arieti & K. H. Brodie (Eds.), American handbook of psychiatry (2 nd ed., Vol. 7, pp. 271–284). New York: Basic Books.

Arnoff, F. N. Social consequences of policy toward mental illness. Science, 1975, 188, 1277–1281.

Atwood, N., & Williams, E. O. (1978). Group support for families of the mentally ill. Schizophrenia Bulletin, 4, 415–425.

Auerswald, E. H. Interdisciplinary versus ecological approach. In C. J. Sager & H. S. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Bach O., Scholz M. (Hrsg). Familientherapie und Familien — forschung. Leipzig: Hirzel, 1982. S. 168.

Bachrach, L. L. (1976). Deinstitutionalization: An analytic review and sociological perspective. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Bachrach, L. L. A conceptual approach to deinstitutionalization. Hospital and Community Psychiatry, 1978, 29, 573–578.

Bachrach, L. L. Young adult chronic patients: An analytical review of the literature. Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 189–197.

Back, K. W. Intervention techniques: Small groups. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), Annual review of psychology (Vol. 25). Palo Alto, CaliL: Annual Reviews, 1974.

Bandler, R., & *Grinder, J.* The structure of magic (Vol. 1). Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1975.

Bandler, R., Grinder, I., & *Satir, V. M.* Changing with families. Palo Alto, Calif: Science.

Bandura, A. Social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1977.

Baruth, L. G., & *Huber, C. H.* An introduction to marital theory and therapy. Monterey, Calif: Brooks/Cole, 1984.

Barcai, A. Normative Family Development // Journal of marriage and the family Therapie. 1981. Vol. 7. № 3. P. 353–360.

Barker, Ph. Basic Family Therapy. London: Granade, 1981. P. 214.

Bateson, J. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine, 1972.

Bateson, G. Mind and nature. New York: Dutton, 1979.

Bateson, G. Naven (2nd ed.). Stanford, CaliL: Stanford University Press, 1958.

Bateson, G. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine, 1972.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & *Weakland, J.* Towards a theory of schizophrenia. Behavioral Science, 1956, 1, 251–264.

Battegay, R., & *Marshall R.* Long-term group psychotherapy with schizophrenics and relatives // Psychotherapie, 1986, 4, 5–12.

Beavers, W. R. Healthy, midrange, and severely dysfunctional families. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Beavers, W. R. Psychotherapy and growth: Family systems perspective. New York: Brunner/Mazel, 1977.

Beck, D. Fernsehen und audiovisualles Playback in der Psychotherapie // Praxis der Psycho therapie, 1973, 18, 199–204.

Beck, D. F., & *Jones, M. A.* Progress on family problems. New York: Family Service Association of America, 1973.

Beels, C. Social networks, the family, and the schizophrenic patient. Schizophrenia Bulletin, 1978, 4, 512–520.

Beels, C. C., & *McFarlane, W. R.* Family treatment of schizophrenia: Background and state of the art. Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 541–550.

Beels, C., & *Ferber, A.* Family therapy: A view. Family Process, 1969, 8, 280–332.

Bell, J. E. Family group therapy (Public Health Monograph № 64). Washington, D. C.: U. S. Gover nment Printing Office, 1961.

Bell, I. (1982). The family in the hospital: Experiences in other countries. In H. Harbin (Ed.), The psychiatric hospital and the family. New York: Spectrum.

Bell, J. E. A theoretical framework for family group therapy. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Bell, J. E. Family therapy. New York: Aronson, 1975.

Benedict, R. (1934). Patterns of culture. Boston: Houghton-Mifflin.

Benvenu J. Measurment of marital Comtiiunication // The Famity Coordinator. New York, 1970. № 2 19. P. 26–31.

Berger, M. M. (Ed.), Videotape techniques in psychiatric training and treatment (Rev. ed.). New York: Brunner/Mazel, 1978.

Berger, M., & *Dammann, C.* Live supervision as context, treatment, and training. Family Process, 1982, 21, 337–344.

Berkowitz, B. P., & *Graziano, A. M.* Training parents as behavior therapists: A review. Behavior Research and Therapy, 1972, 10, 297–317.

Berkowitz, R., Kuipers, L., Eberlein-Fries, R., & *Leff, J.* (1981). Lowering expressed emotion in relatives of schizophrenics. In M. J. Goldstein (Ed.), New developments in interventions with families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12, pp. 27–48). San Francisco: Jossey-Bass.

Berne, E. Games People play. New York: Grove Press, 1964.
Bernheim, K. Supportive family counseling. Schizophrenia Bulletin, 1982, 8, 634– 640.
Bernheim, K. F., & *Lewine, R. R.* (1979). Schizophrenia: Symptoms, causes, treatments. New York: Norton.
Bernheim, K. F., Lewine, R. R. & *Beale, C. T.* (1982). The caring family: Living with chronic mental illness. New York: Random House.
Bernheim, K., & *Lehman, A. F.* (1985). Teaching mental health trainees to work with families of the chronic mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 36, P. 1109–1110.
Bertalanffy, L. von. General systems theory: Foundation, development, applications. New York: Braziller, 1968.
Byalin, K., led, I., & *Lehman, S.* (1982). Family-intervention with treatment-refractory chronic schizophrenics. Paper presented at 20th International Congress of Applied Psychology, Edinburgh, Scotland.
Bing, E. The conjoint family drawing. Family Process, 1970, 9, 173–194.
Byng-Hall, J. The use of the earphone in supervision. In R. Whiffen & J. Byng-Hall (Eds.), Family therapy supervision: Recent developments in practice. London: Academic Press, 1982.
Bion, W. R. Experiences in groups. New York: Basic Books, 1961. Blechman, E. A. The family contract game: A tool to teach interpersonal problem solving. Family Coordinator, 1974, 23, 269–281.
Birnbaum, K. Uber psychopathische Pers6nlichkeiten. Wiesbaden: Bergmann, 1918.
Blakar, R. M. (1980). Psychopathology and familial communication. In M. Brenner (Ed.), The structure of action (pp. 211–263). Oxford, UK: Basil Blackwell.
Bleuler M. Entwicklungslinien psychiatrischer Praxis und Forschung in jongster Zeit // Schweiz Med. Wochenschriften, 1961. Ng gl. S. 1549.
Bloch, D. A. The family of the psychiatric patient. In S. Arieti (Ed.), American handbook of psychiatry I: The foundations of psychiatry. New York: Basic Books, 1974.
Bloch, D. A., & *La Perriere, K.* Techniques of family therapy: A conceptual frame. In D. A. Bloch (Ed.), Techniques of family psychotherapy: A primer. New York: Grune & Stratton, 1973.
Bloch, D. A., & *Simon, R.* (Eds.). The strength of family therapy: Selected papers of Nathan W. Ackerman. New York: Brunner/Mazel, 1982.
Bloch, D. A., & *Weiss, H. M.* Training facilities in marital and family therapy. Family Process, 1981, 20,133–146.
Bodin, A. M. Family therapy training literature: A brief guide. Family Process, 1969, 8, 729–779.
Bodin, A. M. Family therapy. Unpublished manuscript. 1983.
Bodin, A. M. The interactional view: ‘Family therapy approaches of the Mental Research Institute. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Bodin, A. M. Videotape in training family therapists. The journal of Nervous and Mental Disease, 1969, 148, 251–261.
Boyd, L. A., Roach, A. J. Interpersonal Communications Skills differentiating more satisfying from less satisfying Marital Relationships // Journal of Counseling Psychology. 1977, 24, 540–542.
Boss, P. Komunikavni analyza rodinneho systemu // Ceskoslovenska psychologia. 1974. T. 18. S. 248–252.
Boss, P. Normative Family Stress: Family Boundary Changes Across the Life. Span // Family Process, 1980. Ng 29. P. 445–450.

Boszormenyi-Nagy, I., & Framo, J. L. Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects. New York: Harper & Row, 1965.

Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B. R. The contextual approach to psychotherapy: Premises and implications. In G. Berenson & H. White (Eds.), Annual review of family therapy (Vol. 1). New York: Human Sciences Press, 1981.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy. New York: Harper & Row, 1973.

Boszormenyi-Nagy, I., & Ulrich, D. Contextual family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Bowen, M. A family concept of schizophrenia. In D. D. Jackson (Ed.), The etiology of schizophrenia. New York: Basic Books, 1960.

Bowen, M. Family systems theory and society. In I. P. Lorio & L. McClenathan (Eds.), Georgetown family symposia: Volume II (1973–1974).

Bowen, M. Family therapy after twenty years. In S. Arieti, D. X. Freeman, & J. E. Dyrud (Eds.), American handbook of psychiatry V: Treatment (2nd ed.). New York: Basic Books, 1975.

Bowen, M. Family therapy in clinical practice. New York: Aronson, 1978.

Bowen, M. The use of family theory in clinical practice. Comprehensive psychiatry, 1966, 7, 345–374.

Bowen, M. Theory in the practice of psychotherapy. In P. I. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Broderick, C. B., & Schrader, S. S. The history of professional marriage and family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Brody, E. M. Aging and family personality: A developmental view. Family Process, 1974, 13, 23–38.

Brown, C. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive Social Medicine, 16, 55–68.

Brown, G. W., Birley, J. L. T., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. British Journal of Psychiatry, 121, 241–258.

Caesar, B. (1980). Preserving the family: A brief for limited commitment of nondangerous mentally ill persons. Journal of Marital and Family Therapy, 6, 309–319.

Caplan, C. (1981). Mastery of stress: Psychosocial aspects. American Journal of Psychiatry, 138, 413–420.

Carter, E. A., & McGoldrick, M. The family life cycle and family therapy: An overview. In E. A. Carter & M. McGoldrick (Eds.), The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.

Chamberlain, J. (1978). On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system. New York: Hawthorne.

Christensen L., Wallace L. Perceptual accuracy as a variable in marital Adjustment // Journal of sex and marital Therapy. 1976, 22, 130–136.

Chu, R. D., & Trotter, S. (1974). The madness establishment. New York: Grossman.

Clauss D. Naive und wissenschaftliche Psychologie // Zur psychologischen Personlichkeits forschung. Berlin: VEB Deitscher Verlag' der Wissenschaften, 1980. S. 73– 90.

Cleghorn, J. M., & Levin, S. Training family therapists by setting learning objectives. American journal of Orthopsychiatry, 1973, 43, 439–446.

Cohen, M., Goldenberg, I. T., & Goldenberg, H. Treating families of bone marrow recipients and donors. journal of Marriage and Family Counseling, 1977, 3, 45–5I.

Cohen, R. E. Borderline conditions: A transcultural perspective. Psychiatric Annals, 1974, 4, 7–20.
Coyne, J. C. (1976). The place of informed consent in ethical dilemmas. journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 1015–1016.
Colapinto, I. Structural family therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family coun seling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.
Colapinto,J. The relative value of empirical evidence. Family Process, 1979, 18, 427– 44I.
Collomb, H. (1978). L'Economie des villages psychiatriques. Social Science and Medicine, 12C, 113.
Colon, F. The family life cycle of the multiproblem poor family. In E. A. Carter M. McGoldrick (Eds.), The family life cycle: A framework for family therap New York: Gardner Press, 1980.
Constantine, L. L. Designed experience: A multiple, goal–directed training program in family therapy. Family Process, 1976, 15, 373–387.
Constantine, L. L. Family sculpture and relationship mapping techniques. journal a Marriage and Family Counseling, 1978, 4(2), 13–24.
Coogler, O. I. Structural mediation in divorce settlement. Lexington, Mass.: Lexingto Books, 1978.
Cooper, A., Rampage, C., & *Soucy, G.* Family therapy training in clinical psychol programs. Family Process, 1981, 20, 155–166.
Cooper, D. The death of the family. New York: Vintage, 1970.
Cooper, S. Treatment of parents. In S. Arieti & G. Caplan (Eds.), American handbook psy chiatry II: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry (2nd ed.). New York: Basic Books, 1974.
Coppersmith, E. The family floor plan: A tool of training, assessment, and intervention in family therapy. journal of Marital and Family Therapy, 1980, 6, 141–145.
Costell R., Reiss D., Berkman M., Jones C. The Family meets the Hospital // Arch. Gen. Psychiat. 1981. N2 3. P. 141–144.
Creer, C., & *Wing, I. K.* (1974). Schizophrenia at home. London: Institute of Psychiatry.
Culbertson, F. M. (1977). The search for help of parents of autistic children or beware of professional «groupthink» Journal of Clinical Child Psychology, Winter, 63–65.
Creer, C., & *Wing, J. K.* (1974). Schizophrenia at home. London: Institute of Psychiatry.
Cromwell, R. E., Olson, D. H. L., & *Fournier, D. G.* Diagnosis and evaluation in marital and family counseling. In D. H. L. Olson (Ed.), Treating relationships. Lake Mills, Iowa: Graphic, 1976.
Day, R. (1982). Research on the course and outcome of schizophrenia in traditional cultures: Some potential implications for psychiatry in the developed countries. In M. L. Goldstein (Ed.), Preventive intervention in schizophrenia: Are we ready? (pp. 197–219).
Davis D., Berenson D., Steingltiss, Davis S. The adaptive Consequences of–Drinking // Psychiatry. 1974. K2 37. P. 209—215.
Dell, P. F. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. Family Process, 1982, 21, 21–42.
Deutsch, A. (1949). The mentally ill in America. New York: Columbia University Press.
Dincin,J. (1975). Psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin, Summer Issue, № 13, 131–147.
Dicks, H. V. Marital tensions. New York: Basic Books, 1967.
Dilts, R., Grinder, J., Bandler, R., Cameron-Bandler, L., & *De Lozier, I.* Neurolinguistic programming (Vol. 1). Cupertino, Calif: Meta Publications, 1980.
Dincin, I., Selleck, V., & *Streicker, S.* Restructuring parental attitudes: Working with parents of the adult mentally ill. Schizophrenia Bulletin, 1978, 4, 597–608.

Dinkmeyer, D., & McKay, G. D. Systematic training for effective parenting. Circle Pines, Minn.: American Guidance Service, 1976.

Doyle, A. M., & Dorlac, C. Treating chronic crisis bearers and their families. Journal of Marriage and Family Counseling, 1978, 4(3), 37–42.

Doll, W. (1976). Family coping with the mentally ill: An unanticipated problem of deinstitu tionalization. Hospital and Community Psychiatry, 27, 183–185.

Domian, J. Make or Break. An Introduction to Marriage Counseling. London: SPCK, 1984.

Duhl, F. J., Kantor, D., & Duhl, B. S. Leaming, space, and action in family therapy:

Duvall E. M. Family Development. Chicago: Lippingcolt, 1957.

Duvall, E. M. Marriage and family development (5th ed.). New York: Lippincott, 1977.

Eidemiller E. G. Stages and mechanisms of pathogenic family heredity in neuroses: A paradigm of ontogenically oriented family therapy. International journal of mental health. Summer 1997, vol. 26, № 2, p. 37–42.

Epstein, N., Bishop, D. S., & Baldwin, L. M. McMaster model of family functioning: A view of the normal family. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Erickson, G. D., & Hogan, T. P. Family therapy: An introduction to theory and technique (2nd ed.). Monterey, Calif: Brooks/Cole, 1981.

Estroff, S. E. Making it crazy: An ethnography of psychiatric clients in an American community. Berkeley: University of California Press, 1981.

Fairbairn, W. R. An object-relations theory of personality. New York: Basic Books, 1954.

Falloon, I. R. H., Boyd, I. L., & McGill, C. W. (1984). Family care of schizophrenia, New York: Guilford.

Falloon, I. R. H., Boyd, I. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., & Gilderman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. New England Journal of Medicine, 306, 1437–1440.

Falloon, I. R. H., & Liberman, R. P. Behavioral family interventions in the management of chronic patient. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia. New York: Guilford, 1983.

Falloon, I. R. H., & Liberman, R. P. Behavioral therapy for families with child management problems. In M. Textor (Ed.), Family pathology and its treatment. New York: Aronson, 1982.

Falloon, I. R. H., Boyd, I. L., McGill, C. W., Strang, I. S., & Moss, H. B. (1981). Family management training in the community care of schizophrenia. In M. J. Goldstein (Ed.), New developments in interventions with families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12, pp. 61–78). San Francisco: Jossey-Bass.

Falloon, I. R. H., Liberman, R. P., Lillie, F. J., & Vaughn, C. E. Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. Family Process, 1981, 20, 211–22I.

Feldman, L. B. Sex roles and family dynamics. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Ferber, A., & Ranz, J. How to succeed in family therapy: Set reachable goals–give workable tasks. In C. Sager & H. S. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Ferreira, A. J. Family myths. Psychiatric Research Reports (№ 20), 1966, 86–87.

Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. The tactics of change: Doing therapy briefly. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

Fisher, L. Dimensions of family assessment: A critical review. journal of Marriage and Family Counseling, 1976, 2, 367–382.

Fisher, R., & Ury, W. Getting to yes: Negotiating agreement without giving in. Boston: Hough ton Mifflin, 1981.

Fleck, S. A. A general systems approach to severe family pathology. American journal of Psychiatry, 1976, 133, 669–673.
Fontana, A. F. (1966). Familial etiology of schizophrenia: Is it a scientific methodology? Psychological Bulletin, 66, 214–227.
Fox, R. E. Family therapy. In I. B. Weiner (Ed.), Clinical methods in psychology. New York: Wiley, 1976.
Framo, J. L. Family of origin as a therapeutic resource for adults in marital and family therapy: You can and should go home again. Family Process, 1976, 15, 193–210.
Framo, J. L. In–laws and out–laws: A marital case of kinship confusion. In P. Papp (Ed.), Family therapy: Full length case studies. New York: Gardner Press, 1978.
Framo, J. L. Personal reflections of a family therapist. Journal of Marriage and Family Coun seling, 1975, 1, 1–22.
Framo, J. L. (Ed.). Family interaction: A dialogue between family researchers and family therapists. New York: Springer, 1972.
Framo, J. L. Explorations in marital and family therapy: Selected papers of James L. Framo. New York: Springer, 1982.
Framo, J. L. Marriage therapy in a couples group. In D. A. Bloch (Ed.), Techniques of family psychotherapy: A primer. New York: Grune & Stratton, 1973.
Framo, J. L. Rationale and technique of intensive family therapy. In I. Boszormenyi Nagy & J. L. Framo (Eds.), Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects. New York: Harper & Row, 1965.
Framo, J. L. The integration of marital therapy with sessions with family of origin. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Frank, G. H. The role of the family in the development of psychopathology. Psychological Bulletin, 1965, 64, 191–205.
Frankl, V. Arzliche Seelsorge. 6 Aufl. Wien: F. Deuticke, 1952.
Franklin, P., & Prosky, P. A standard initial interview. In D. A. Bloch (Ed.), Techniques of family psychotherapy: A primer. New York: Grune & Stratton, 1973.
Franks, C. M., & Wilson, G. T. (Eds.). Annual review of behavior therapy: Theory and practice (Vol. 3). New York: Brunner/Mazel, 1975.
Freedman, A. S., Boszermeny Nagy, P. C., Jungers, J. Psychotherapy for the whole Family in Home and Clinic. New York: Springer, 1965.
Freeman, D. S. Techniques of family therapy. New York: Aronson, 1981.
Freyberger, H. Psychosoziale Probleme bei Herzinfarktpatienten // Therapiewoche, 1976, 26, 5510–5514.
Freud, S. Gesammelte Werke. London: Imago, 1952. Vol. 1–17.
Freud, S. Analysis of a phobia in a fiveyearold boy (1909). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 10). London: Hogarth, 1955.
Freud, S. Fragments of an analysis of a case of hysteria (1905). Collected papers (Vol. 3). New York: Basic Books, 1959.
Fromm-Reichmann, F. (1939). Transference problems in schizophrenia. Psychoanalytic Quarterly, 8, 412–426.
Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. Psychiatry, 11, 263–273.
Fuchs, M. Der Weiherschlapp: Verlauf einer Asthmaheilung//Praxis Kinderpsychologie. 1965. № 6. S. 209–213.
Gartner, A. J., & Riessman, F. (1977). Self–help in the human services. San Francisco: Jossey-Bass.

Gartner, A. J., & Riessman, F. Self–help and mental health. Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 631–635.

Gaw, A. (Ed.). (1982). Crosscultural psychiatry. Boston: John WrightPSG.

Gazda, G. M. Group psychotherapy and group counseling: Definitions and heritage. In G. M. Gazda (Ed.), Basic approaches to group psychotherapy and group counseling (2nd ed.). Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1975.

Gelles, R. J. The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives. London: Sage, 1972.

Gladfelter, J. Films on group and family psychotherapy. In C. J. Sager & H. S. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1972.

Glick, I. D., & Kessler, D. R. Marital and family therapy (2nd ed.). New York: Grune & Stratton, 1980.

Goldberg, I., Goldberg, I., Family therapy, An Overview, Pacific Grove,California: Brooks/Cole Publishing Company, 1985.

Goldenberg, H. Abnormal psychology: A social/community approach. Monterey, Calif: Brooks/Cole, 1977.

Goldenberg, H. Contemporary clinical psychology (2nd ed.). Monterey, Calif: Brooks/Cole, 1983.

Goldenberg, H. Is training family therapists different from clinical training in general? Paper presented at the American Psychological Association annual meeting, Montreal, Canada, 1973.

Goldenberg, H., & Goldenberg, I. Homicide and the family. In B. L. Danto, J. Bruhns, & A. H. Kutscher (Eds.), The human side of homicide. New York: Columbia University Press, 1982.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. A family approach to psychological services. American Journal of Psychoanalysis, 1975, 35, 317–328.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. Historical roots of contemporary family therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. Treating a family following an adolescent meraber's suicide. Paper and videotape presented at the International Congress on Suicide Prevention and Crisis Intervention, Helsinki, Finland, 1977.

Goldenberg, I., & Goldenberg, H. Treating the dual–career couple. American journal of Family Therapy, 1984, 12(2), 29–37.

Goldenberg, I., Stier, S., & Preston, T. The use of multiple family marathon as a teaching device. Journal of Marriage and Family Counseling, 1975, 1, 343–349.

Goldman, H. H. Mental illness and family burden: A public health perspective. Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 557–560.

Goldstein, E. G. (1981). Promoting competence in families of psychiatric patients. In A. N. Maluccio (Ed.), Promoting competence in clients (pp. 317–342). New York: Free Press.

Goldstein, M. D. (Ed.). (1981). New developments in interventions with families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldstein, M. I. (1981). Editor's notes. In Goldstein, M. J. (Ed.), New developments in inter ventions with families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldstein, M. J., & Kopeiken, H. S. (1981). Short– and long–term effects of combining drug and family therapy. In M. J. Goldstein (Ed.), New developments in interventions with

families of schizophrenics (New Directions for Mental Health Services, № 12, pp. 5–26). San Francisco: Jossey-Bass.

Goldstein, M. J., Rodnick, E. H., Jones, I. E., McPherson, S. R., & *West, K. L.* Familial precursors of schizophrenia spectrum disorders. In L. C. Wynne, R. L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.), The nature of schizophrenia: New approaches to research and treatment. New York: Wiley, 1978.

Gordon, T. PET': Parent Effectiveness Training. Yossey: New American Library, 1975.

Gordon, S. B., & *Davidson, N.* Behavioral parent training. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Gore, P. M., & *Rotter, I. B.* (1971). A personality correlate of social action. In R. Wilcox (Ed.), The psychological consequences of being a Black American (pp. 370–376). New York: Wiley.

Gorod, S., McCourt, W., & *Cobb, J.* The communications approach in alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1971, 32, 651–668.

Gottlieb, B, H. (1981). Social networks and social supports in community mental health. In B. H. Gottlieb (Ed.), Social networks and social support (pp. 11–42). Beverly Hills: Sage.

Gottlieb, B. (1976). Lay influences on the utilization and provision of health services: A review. Canadian Psychological Review, 17, 126–136.

Grad, J., & *Sainsbury, P.* (1963). Mental illness and the family. Lancet, 1, 544–547.

Gray, W, Duhl, F. J., & *Rizzo, N. D.* General systems theory and psychiatry. Boston: Little, Brown, 1969.

Graziano, A. M., & *Fink, F. S.* (1973). Second–order effects in mental health treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40, 356–364.

Greenberg, G. S. The family interactional perspective: A study and examination of the work of Don D. Jackson. Family Process, 1977, 16, 385–412.

Gritzer, P. H., & *Okun, H. S.* Multiple family group therapy: A model for all families. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.

Guerin, P. J., Jr. Family therapy: The first twenty–five years. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Guerin, P. J., Jr., & *Fogarty, T.* Study your own family. In A. Ferber, M. Mendelsohn, & A. Napier (Eds.), The book of family therapy. New York: Science House, 1972.

Guerin, P. J., Jr., & *Pendagast, E. G.* Evaluation of family system and genogram. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Guerney, B. J., Jr. Relationship enhancement: Skills–training programs for therapy, problem prevention, and enrichment. San Francisco: Jossey-Bass, 1977.

Guerney, B., Stollak, G., & *Guerney, L.* (1971). The practicing psychologist as educatoran alternative to the medical practitioners model. Professional Psychology, 3, 276–282.

Guerney, L. F. Filial therapy program. In D. H. L. Olson (Ed.), Treating relationships. Lake Mills, Iowa: Graphic, 1976.

Gurin, G., Veroff, J., & *Feld, S.* Americans view their mental health. New York: Basic Books, 1960.

Gurman, A. S. Behavioral marriage therapy in the 1980's: The challenge of integration. American journal of Family Therapy, 1980, 8(2), 86–95.

Gurman, A. S. Dimensions of marital therapy: A comparative analysis. journal of Marital and Family Therapy, 1979, 5, 5–18.

Gurman, A. S. Family therapy research and the «new epistemology» journal of Marital and Family Therapy, 1983, 9, 227–234.

Gurman, A. S. Group marital therapy: Clinical and empirical implications for outcome research. International journal of Group Psychotherapy, 1971, 21, 174–189.

Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.

Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. The outcome of family therapy: Implications for practice and training. In G. Berenson & H. White (Eds.), Annual review of family therapy (Vol. 1). New York: Human Sciences Press, 1981.

Gurman, A. S., & Knudson, R. M. Behavior marriage therapy: I. A psychodynamicsystems analysis and critique. Family Process, 1978, 17, 121–138.

Gussow, Z. (1976). The role of self–help clubs in adaptation to chronic illness and disability, Social Science and Medicine, 10, 407–414.

Guthrie, G. M. (1966). Structure of maternal attitudes in two cultures. Journal of Psychology, 62, 155–165.

Haynes,J. M. Divorce mediation: A practical guide for therapists and counselors. New York: Springer, 1981.

Haley,J. (1980). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw Hill.

Haley,J. Problem-Solving Therapy. N. Y.; San Francisco; L.: Harper Colophon Books, 1978.

Haley, J. Approaches to family therapy. In J. Haley (Ed.), Changing families: A Family-therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Haley, J. Family Therapy. International journal of Psychiatry, 1970, 9, 233–242.

Haley, J. (1980). Leaving home: The therapy of disturbed young people. New York: McGraw-Hill.

Haley, J. Family therapy: A radical change. In J. Haley (Ed.), Changing families: A family therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Haley, J. Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.

Haley, J. Problem-solving therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.

Haley, J. Strategies of psychotherapy. New York: Grune & Stratton, 1963.

Haley, J., & Hoffman, L. Techniques of family therapy. New York: Basic Books, 1967.

Haley,J. Uncommon therapy: Thepsychiatric techniques of Milton H.Erickson, M. D. New York: Norton, 1973.

Haley, J.: Brunner/Mazel, Handbook of Marital Therapy // Ed. by R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. de Visser, J. Kuehnel, T. Kuehnel.

Haley, J. Handbook of marital therapy: A positive approach to helping troubled relationships. New York: Plenum, 1980.

Hare-Mustin, R. T. A feminist approach to family therapy. Family Process, 1978, 17, 181–194.

Hare-Mustin, R. T. Family therapy may be dangerous to your health. Professional Psychology, 1980, 11, 935–938.

Hare-Mustin, R. T. Paradoxical tasks in family therapy: Who can resist? Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 1976, 13, 128–130.

Hare-Mustin, R. T., Marecek, I., Kaplan, A. G., & LissLevenson, N. (1979). Rights ofclients, responsibilities of theapists. American Psychologist, 34, 3–16.

Hareven, T. K. American families in transition: Historical perspectives on change. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Hatcher, C. Intrapersonal and interpersonal models: Blending Gestalt and family therapies. journal of Marriage and Family Counseling, 1978, 4, 63–68.
Hatfield, A, B. (1983, October 2–7). Emerging issues of the family self help movement. Paper presented at International Symposium on the Future of the Mentally Ill in Society Hebrew Universityw Jerusalemw Israel.
Hatfield, A. B. (1982), Coping with mental illness in the family: A family guide. Rosslyn, V A: The National Alliance for The Mentally Ill.
Hatfield, A. B. Psychological costs of schizophrenia to the family. Social Work, 1978, 236, 355–359.
Hatfield, A. B. The family as a partner in the treatment of mental illness. Hospitaland Community Psychiatry, 1979, 30, 338–340.
Hatfield, A. B. Self–help groups for families of the mentally ill. Social Work, 1981, 26, 408–413.
Hatfield, A. B. Families as advocates for the mentally ill: A growing movement. Hospital and Community Psychiatry, 1981, 32, 641–642.
Hatfield, A. B. (1982). Coping with mental illness in the family: The family guide. Baltimore, MD: Maryland Department of Health and Mental Hygiene.
Hatfield, A. B. Therapists and families: Worlds apart. Hospital (Ind Community Psychiatry, 1982, 33, 513.
Hatfield, A. B. (1983). What families want of family therapists. In W. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia. New York: Guilford.
Hatfield, A. B. (l984w August 28). Semantic barriers to collaboration between professionals and families. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
Heim E., Blaser A., Waidelich E. Dyspnoe: Eine psychosomatische Untersuchung // Respiration. 1970. № 27. S. 1–23.
Heiman, J. R., Lo Piccolo, L., & Lo Piccolo, J. The treatment of sexual dysfunction. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Heinrichs, D. W., & Carpenter, W. T. (1983). The coordination of family therapy with other treatment modalities for schizophrenia. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia (pp. 267–288). New York: Guilford.
Helm, J. Gesprachpsychotherapie. Berlin: VEB Deutsches Verlag Wissenschaft, 1978.
Hess, R. (1982). Self–help as a service delivery strategy. In L. D. Borman, L. E. Borck, R. Hess & F. L. Pasquale (Eds,) Helping people to help themselves (pp. 1–2). New York: Haworth.
Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. Effects of divorce on parents and children. In M. E. Lamb (Ed.), Nontraditional families: Parenting and child development. Hillsdale, New York: Erlbaum, 1982.
Nichols, M. Family therapy. Concepts and methods. gardens press, inc., New York, London, 1984.
Higginbotham, H. N. (1979). Delivery of mental health services in three developing Asian nations: Feasibility and cultural sensitivity of «modern psychiatry. Unpublished doctoral dissertation, University of Hawaii.
Hines, P., & Hare-Mustin, R. T. Ethical concerns in family therapy. Professional Psychology, 1978, 9, 165–171.
Hirsch B, Y, (1981). Social networks and the coping process: Creating personal communities. In B. H. Gottlieb (Ed.l, Social networks and social support (pp. 149–170). Beverly Hills: Sage.

Hirsch, S., & Leff, I. Abnormalities in parents of schizophrenics. London: Oxford University Press, 1975.

Hirschowitz, R. G. (1976). Groups to help people cope with the tasks of transition. In R. G. Hirschowitz & B. Levy (Eds.). The changing mental health scene (pp. 171–188). New York: Spectrum.

Hoenig, I., & Hamilton, M. W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. International Journal of Social Psychiatry, 1966, 12, 165–176.

Hoffing, C. K., Lewis I. M. The Family: Evolution and Treatment. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Hoffman, L. Deviation-amplifying processes in natural groups. In J. Haley (Ed.), Changing families. A family therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Hoffman, L. The family life cycle and discontinuous change. In E. A. Carter & M. McGoldrick (Eds.), The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.

Hoffman, L. W. Changes in family roles, socialization, and sex differences. American Psychologist, 1977, 32, 644–657.

Holden, D. F., & Lewine, R. R. J. (1982). How families evaluate mental health professionals, resources, and effects of illness. Schizophrenia Bulletin, 8, 626–633.

Holt, M., & Greiner, D. Cotherapy in the treatment of families. In P. I. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Howell M, (1973). Helping ourselves: Families and the human network, Boston, MA: Beacon Press. Yenkins, S. C. (1984). Social support and psychological adjustment of families of the chronically mentally disabled. Unpublished manuscript University of Maryland.

Howells, J. G. Principles of family psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1975.

Hsu, F. L. K. (1972). American core value and national character. In F. L. K. Hsu (Ed.), Psychological anthropology (new ed.). Cambridge, Jenkins, I. A. (1981, December). The course of schizophrenia among Mexican Americans.

Yalom, I. D. The theory and practice of group psychotherapy (2nd ed.). New York: Basic Books, 1975.

Yess, J. P. (1981). What families of the mentally ill want. Community Support Servicejournal, 2(1), 1–3. International Universities Press, 1981.

Irwin, E., & Malloy, E. Family puppet interview. Family Process, 1975, 14, 179–191.

Jackson D., Weakiand J. Conjoint Family Therapy// Psychiatry, 1965, 24, 30–45.

Jackson, D. D. Family interaction, family homeostasis, and some implications for can– joint family therapy. In J. Masserman (Ed.), Individual and family dynamics. New York: Grune & Stratton, 1959.

Jackson, D. D. Family rules: Marital quid pro quo. Archives of General Psychiatry, 1965, 12, 589–594.

Jackson, D. D. The etiology of schizophrenia. New York: Basic Books, 1960.

Jackson, D. D. The study of the family. Family Process, 1965, 4, 1–20.

Jacobson, N. S. Behavioral marital therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Jacobson, N. S., & Margolin, G. Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Brunner/Mazel, 1979.

Jacobson, N. S., & Martin, B. Behavioral marriage therapy. Psychological Bulletin, 1976, 83, 540–556.

Jolly, G. Uber familiare Irrenpflege in Schottland // Arch. Psychiat. Nervenkr, 1875, V, 164–189.

Kadushin, A. Supervision in social work. New York: Columbia University Press, 1973.
Kanner, L. Emotionally disturbed children: A historical review. Child Development, 1962, 33, 97–102.
Kantor, D., & Lehr, W. Inside the family: Toward a theory of family process. San Francisco: Jossey-Bass, 1975.
Kaplan, H. S. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions. New York: Brunner/Mazel, 1974.
Kaplan, M. L., & Kaplan, N. R. Individual and family growth: A Gestalt approach. Family Process, 1978, 17, 195–206.
Karno, M. (1982, October). The experience of schizophrenia in Mexican American families. Paper presented at the meeting of the Society for the Study of Psychiatry and Culture, San Miguel Regla, Mexico.
Kaslow, F. W. Divorce and divorce therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Hand book of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Kaslow, F. W., & Friedman, J. Utilization of family photos and movies in family therapy. Journal of Marriage and Family Counseling, 1977, 3(1), 19–25.
Kaslow, F. W. History of family therapy in the United States: A kaleidoscopic overview. Marriage and Family Review, 1980, 3, 77–111.
Katz, A. H. (1961), Parents of the handicapped–self–organized parents' and relatives' groups for the treatment of ill and handicapped children. Springfieldw IL: Charles C. Thomas.
Katz, A. H., & Benderw E. I. The strength in us: Self–help groups in the modern world. New York: New viewpoints, 1976.
Kaufman, E., & Kaufman, P. From a psychodynamic orientation to a structural family therapy approach in the treatment of drug dependency. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.). Family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardner Press, 1979.
Kazak, A. E., & Marvin, R, S, (1984), Differences, difficulties and adaptation: Stress and social networks in families with a handicapped child. Family Relations, 33, 67–77.
Kazdin, A. E. Behavior modification in applied settings (3rd ed.). Homewood, Ill.: Dorsey Press, 1984.
Keeney, B. P. The aesthetics of change. New York: Guilford Press, 1983.
Keeney, B. P., & Sprenkle, D. Ecosystemic epistemology: Critical implications for the aesthetics and pragmatics of family therapy. Family Process, 1982, 21, 1–19.
Keith, D. V., & Whitaker, C. A. Experiential/symbolic family therapy. In A. M. Hrne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family counseling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.
Kempler, W. Experiential psychotherapy within families. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Kempler, W. Gestalt family therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family counseling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.
Kempler, W. Principles of gestalt family therapy. Costa Mesa, CaliL: The Kempler Institute, 1974.
Kenneth, G. Terkelsen. Cornell U. The schizophrenic disorder: A replication. British Journal of Preventive Social Medicine, 16, 55–68.
Kerr, M. E. Family systems theory and therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.). Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.
Kill, T. von. Grundfaden der psycho somatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt, 1963.
Killilea, M. (1982). Interaction of crisis theory coping strategies, and social support systems. In H. C., Schulberg & M. Killilea (Eds.), The modern practice of community mental health (pp. 163–214). San Francisco: Bass.
Killilea, M. (1976). Mutual help organizations: Interpretations in the literature. In C. Kaplan & M. Killilea (Eds.), Support systems and mutual help. New York: Grune & Stratton.

Kinder, B. N., & *Blakeney, P.* Treatment of sexual dysfunction: A review of outcome studies. journal of Clinical Psychology, 1977, 33, 523–530.
Kniskern, D. P., & *Gurman, A. S.* Research on training in marriage and family therapy: Status, issues and directions. In M. Andolfi & I. Zwerling (Eds.), Dimensions of family therapy. New York: Guilford Press, 1980.
Kopeikin, H. S., Marshall, V., & *Goldstein, M. J.* (1983). Stages and impact of crisis oriented family therapy in the aftercare of acute schizophrenia. In W. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia. New York: Guilford.
Kratochvil, S. Manzelska therapie. Praha: Avicenum, 1985.
Krauss, I. B., & *Slavinsky, A. T.* (1982). The chronically ill psychiatric patient in the community. Boston: Blackwell.
Kreisman, D. E. Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 1974, 1(10), 34–57.
Kreisman, D. E. (1974). Family response to the mental illness of a relative: A review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 1(10), 34–57.
Kressel, K., & *Deutsch, M.* Divorce therapy: An in–depth survey of therapists' views. Family Process, 1977, 16, 413–443.
L'Abate, L., & *Frey, J., III.* The E–R–A model: The role of feelings in family therapy recon sidered: Implications for a classification of theories of family therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 1981, 7, 143–150.
Laing, R. D. Mystification, confusion, and conflict. In I. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (Eds.), Intensive family therapy: Theoretical and practical aspects. New York: Harper & Row, 1965.
Laing, R. D., & *Esterson, A.* Sanity, madness and the family. Middlesex, England: Penguin, 1970.
Lamb, H. R. (1982). Treating the longterm mentally ill. San Francisco: Jossey-Bass.
Lamb, M. E. Parental behavior and child development in nontraditional families: An introduction. In M. E. Lamb (Ed.), Nontraditional families: Parenting and child development. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1982.
Langsley, D. G., & *Kaplan, D. M.* The treatment of families in crisis. New York: Grune & Stratton, 1968.
Langsley, D. G., Machotka, P., & *Flomenhaft, K.* Avoiding mental hospital admission: A follow up study. American Journal of Psychiatry, 1971, 127, 1391–1394.
Langsley, D. G., Pittman, F. S., Machotka, P., & *Flomenhaft, K.* Family crisis therapy: Results and implications. Family Process, 1968, 7, 145–158.
Laqueur, H. P. Multiple family therapy. In P. I. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.
Laqueur, H. P. Multiple family therapy: Questions and answers. In D. A. Bloch (Ed.), Tech niques of family psychotherapy: A primer. New York: Grune & Stratton, 1973.
Lazarus, A. A. Has behavior therapy outlived its usefulness? American Psychologist, 1977, 32, 550–554.
Leff, I., Kuipers, L., & *Berkowitz, R.* (1983). Intervention in families of schizophrenics and its effect on relapse rate. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therupy in schizophrenia (pp. 173– 188). New York: Guilford.
Leff, I., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberbein–Vries, R., & *Sturgeon, D.* (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. British journal of Psychiatry, 141, 121–134.
Leff, J., & *Vaughn, C.* (1981). The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A twoyear followup. British journal of Psychiatry, 139, 102–104.

Lenrow, P. B., & Burch, R. W. (1981). Mutual aid and professional services–opposing or complimentary? In B. H. Gottlieb (Ed.) Social networks and social support (pp. 163–214), Beverly Hillsw CA: Sage.
Lewis, J. M., & Looney, J. G. The long struggle: Wellfunctioning workingclass black families. New York: Brunner/Mazel, 1983.
Lewis, J. M., Beavers, W. R., Gossett, J. T., & Phillips, V. A. No single thread: Psychological health in family systems. New York: Brunner/Mazel, 1976.
Liberman, R. P. Behavioral approaches to family and couple therapy. American journal of Orthopsychiatry, 1970, 40, 106–118.
Liberman, R. P., Aitchison, R. A., & Falloon, I. (1979). Family therapy in schizophrenia: Syllabus for therapist. Unpublished manuscript. (Available from Mental Health Clinical Research Center for the Study of Schizophrenia, Camarillo/UCLA Research Program, Box A, Camarillo, CA 93010).
Liberman, R. P., Wallace, C. J., Vaughn, C. E., & Snyder, K. L. (1979, April). Social and family factors in the course of schizophrenia: Towards an interpersonal problemsolving therapy for schizophrenics and their families. Paper presented at the Conference on Psychotherapy of Schizophrenia: Current Status and New Directions, Yale School of Medicine, New Haven, CT.
Liberman, R. P., Wheeler, E., & Sanders, N. Behavioral therapy for marital disharmony: An educational approach. Journal of Marriage and Family Counseling, 1976, 2, 383–395.
Liberniann, R. P. Coping and Competence as Protective Factors in the Vulnerability — Stress Modell of Schizophrenia // Family Asessment and Intervention. Berlin: Springer VerIaly, 1986.
Liddle, H. A., & Halpin, R. J. Family therapy training and supervision: A comparative review. Journal of Marriage and Family Counseling, 1978, 4, 77–98.
Lidz, R., & Lidz, T. The family environment of schizophrenic patients. American journal of Psychiatry, 1949, 106, 332–345.
Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S., & Terry, D. The intrafamilial environment of schizophrenic patients. II. Marital schism and marital skew. American Journal of Psychiatry, 1957, 114, 241–248.
Lidz, T., Fleck, S., & Cornelison, A. R. (1965). Schizophrenia and the family. New York: International Universities Press.
Lo Piccolo, I., & Lo Piccolo, L. (Eds.). Handbook of sex therapy. New York: Plenum, 1978.
Loewenstein, S. F., Reder, P., & Clark, A. The consumers' response: Trainees' discussion of the experience of live supervision. In R. Whiffen & I. Byng–Hall (Eds.), Family therapy super vision: Recent developments in practice. London: Academic Press, 1982.
Low, P., & Low, M. Treatment of married couples in a group run by a husband and wife. International Journal of Group Psychotherapy, 1975, 25, 54–66.
Lowe, R. N. Adlerian/Dreikursian family counseling. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.). Family counseling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.
Luban–Plozza, W., Poldinger, W. Psychosomatic Disorders in general Practice: Theory and Experience. Basle: Editiones «Roche», 1985. P. 292.
MacGregor, R. Multiple impact psychotherapy with families. In J. G. Howells (Ed.), Theory and practice of family psychiatry. New York: Brunner/Mazel, 1971.
MacGregor, R., Ritchie, A. N., Serrano, A. C., & Schuster, F. P. Multiple impact therapy with families. New York: McGraw-Hill, 1964.
MacKinnon, L. Contrasting strategic and Milan therapies. Family Process, 1983, 22, 425–440.
Madanes, C. Behind the one–way mirror: Advances in the practice of strategic therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.
Madanes, C. Strategic family therapy. San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

Madanes, C., & *Haley, J.* Dimensions of family therapy. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1977, 165, 88–98.
Malcolm, I. A reporter at large: The one-way mirror. New Yorker, May 15, 1978, 39–114.
Manus, G. Marriage counseling: A technique in search of a theory. Journal of Marriage and the Family, 1966, 28, 449–453.
Margolin, G. Behavioral marital therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Hanbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.
Margolin, G. Ethnical and legal considerations in marital and family therapy. American Psychologist, 1982, 37, 788–80I.
Martin, I. P. Violence and the family. New York: Wiley, 1978.
Martin, P. A., & *Bird, W. H.* An approach to the psychotherapy of marriage partners: The stereoscopic technique. Psychiatry, 1963, 16, 123–127.
Masnick, G., & *Bane, M. J.* The nation's families: 1960–1990. Cambridge, Mass.: joint Center for Urban Studies, 1980.
Masters, W. H., & *Johnson, V. E.* Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970.
McFarlane, W. R. (1983a). Introduction. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia. New York: Guilford.
McFarlane, W. R. (1983b). Multiple family therapy in schizophrenia. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia (pp. 141–172). New York: Guilford.
McFarlane, W. R., & *Beels, C. C.* (1983). A decision–tree model for integrating family therapies for schizophrenia. In W. R. McFarlane (Ed.), Family therapy in schizophrenia (pp. 325–336). New York: Guilford.
McGoldrick, M. (Eds.), The family life cycle: A framework for family therapy. New York: Gardner Press, 1980.
McGoldrick, M. Ethnicity and family therapy: An overview. In M. McGoldrick, I. K. Pearce, & J. Giordano (Eds.), Ethnicity and family therapy. New York: Guilford Press, 1982.
McGoldrick, M., & *Carter, E. A.* The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.
McGoldrick, M., Pearce, I. K., & *Giordano, I.* Ethnicity and family therapy. New York: Guilford Press, 1982.
McLean, C., Greer, K., Scott, J., & *Beck, J.* Group treatment for parents of the adult mentally ill. Hospital and Community Psychiatry, 1982, 33, 564–568.
McPherson, S. R., Brackelmanns, W E., & *Newman, L. E.* Stages in the family therapy of adolescents. Family Process, 1974, 13, 77–94.
Meyer, A. E. Die Psychosomatic der Ulkuskranken//Praktische Psychosomatic. Berne; Stuttgart; Vienna, 1976.
Meissner, W. W. The conceptualization of marriage and family dynamics from a psychoanalytic perspective. In T. I. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives. New York: Brunner/ Mazel, 1978.
Mendelsohn, M., & *Ferber, A.* A training program. In A. Ferber, M. Mendelsohn, & A. Napier (Eds.). The book of family therapy. New York: Science House, 1972.
Menninger, K. The vital balance. New York: Viking Press, 1963.
Midelfort, C. F. The family in psychotherapy. New York: McGraw-Hill, 1957.
Miller, S., Nunnaly, E., & *Wacknian, D.* Alive and aware: Improving communication in relation ships.Minneapolis: Interpresonal Communications Programm, 1975.
Miller, I. G. Living systems. New York: McGraw-Hill, 1971.
Mills, E. (1962). Living with mental illness: A study in East London. London: Routledge & Kegan Paul.

Minkoff, K. (1978). A map of the chronic mental patient. In J. A. Talbott (Ed.), The chronic mental patient (11–37). Washington, DC: American Psychiatric Association.
Minuchin. S. Families and Family Therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974,
Minuchin, S. Constructing a therapeutic reality. In G. Berenson & H. White (Eds.), Annual review of family therapy (Vol. 1). New York: Human Sciences Press, 1981.
Minuchin, S. Families and family therapy. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1974.
Minuchin, S. Foreword. In J. R. Neill & D. P. Kniskern (Eds.), From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker. New York: Guilford Press, 1982.
Minuchin, S. Structural family therapy. In S. Arieti & G. Caplan (Eds.), American handbook of psychiatry II: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry (2nd ed.). New York: Basic Books, 1974. (b)
Minuchin, S., & *Barcai, A.* Therapeutically induced family crisis. In C. I. Sager & H. S. Kaplan (Eds.), Progress in group and family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1972.
Minuchin, S., & *Fishman, H. C.* Family therapy techniques. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1981.
Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. G., Jr., Rosman, B. L., & *Schumer, F.* Families of the slums: An exploration of their structure and treatment. New York: Basic Books, 1967.
Minuchin, S., Rosman, B. L., & *Baker, L.* Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1978.
Mittelman, B. The concurrent analysis of married couples. Psychoanalytic Quarterly, 1948, 17, 182–197.
Montalvo, B. Aspects of live supervision. Family Process, 1973, 12, 343–359.
Montgomery, B. The Form and Function of Quality Communication in Marriage // Family Relations, 1981. Vol. 30. P. 21–30.
Moos, R. H. Combined preliminary manual: Family, work and group environment scales. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press, 1974.
Morrison, I. K., Layton, D., & *Newman, I.* Ethical conflict in decision making. In J. C. Hansen & L. L'Abate (Eds.), Values, ethics, legalities and the family therapist. Rockville, Md.: Aspen Systems Corporation, 1982.
Mudd, E. H. The practice of marriage counseling. New York: Association Press, 195I.
Napier, A. Y., & *Whitaker, C. A.* A conversation about co-therapy. In A. Ferber, M. Mendelsohn, & A. Y. Napier (Eds.), The book of family therapy. New York: Science House, 1972.
Napier, A. Y., & *Whitaker, C. A.* The family crucible. New York: Harper & Row, 1978.
Nass, G. D. Marriage and the family. Reading, Mass.: Addison–Wesley, 1978.
Neill, J. R., & *Kniskern, D. P. (Eds.).* From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker. New York: Guilford Press, 1982.
Neugarten, B. Adaptation and the life cycle. The Counseling Psychologist, 1976, 6, 16–20.
Nichol, M. P. Family therapy. Concepts and Methods. New York, London: Gardner Press, 1984.
Nichols, W. C. Introduction to Part I. Education and training in marital and family therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 1979, 5(3), 3–5.
O'Connor, M. P. (1983). An investigation of family burden in the parents of schizophrenic patients. Unpublished masters thesis, Boston University School of Nursing, Boston.
O'Leary, K. D., & *Mrkewitz, H.* Marital therapy from a behavioral perspective. In T. J. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and sys tems theory perspectives. New York: Brunner/Mazel, 1978.
Oliveri, M. E., & *Reiss, D.* Family styles of construing the social environment: A perspective on variation among nonclinical families. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Olson, D. H. Marital and family therapy: Integrative review and critique. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 501–538.

Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. Marital and family therapy: A decade review. journal of Marriage and the Family, 1980, 42, 973–993.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. CircumpIex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. Family Process, 1979, 18, 3–28.

Overbeck G., Biebl W. Psychosomatische Modell — Vorstellungen zur Pathogenese der Ulcerkrankheit // Psychiatry, 1975, 29, 542.

Pallazolli M. S., Boscolo L., Cecchin G, Prata G. Paradoxen und Gegenparadoxen. Stuttgart: Kleet-Cota, 1981.

Papero, D. V. Family systems theory and therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.

Papp, P. (Ed.). Family therapy: Full length case studies. New York: Gardner Press, 1977.

Papp, P. Family choreography. In P. J. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Papp, P. Setting the terms for therapy. The Family Therapy Networker, 1984, 8(1), 42–47.

Patterson, G. R. Families: Application of social learning to family life. Champaign, Ill.: Research Press, 1971.

Patterson, G. R. Parents and teachers as change agents: A social learning approach system. In D. H. L. Olson (Ed.), Treating relationships. Lake Mills, Iowa: Graphic Publishing, 1976.

Patterson, G. R., & Reid, J. Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. In C. Neuringer & J. Michael (Eds.), Behavior modification in clinical psychology. New York: Appleton–Century–Crofts, 1970.

Patterson, G. R., Weiss, R. L., & Hops, H. Training of marital skills. In H. Leitenberg (Ed.), Handbook of behavior modification and behavior therapy. New York: Prentice-Hall, 1976.

Pattison, E. M. Clinical applications of social network therapy. International journal of Family Therapy, 1981, 3, 241–320.

Paul, G. L. Behavior modification research: Design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.

Pepitone-Rockwell, F. (Ed.). Dual–career couples. Beverly Hills, Calif.: Sage Publications, 1980.

Pepper, B., Ryglewicz, H., & Kirshner, M. (1982). The uninstitutionalized generation: A new breed of psychiatric patient. In B. Pepper & H. Ryglewicz (Eds.), The young adult chronic patient (pp. 3–14). San Francisco: lossey-Bass.

Peres J. Family Counseling: Theory and Pracitce. New York, 1979.

Peris, F. S. Gestalt therapy verbatim. Lafayette, Calif.: Real People Press, 1969.

Perry, H. S. Psychiatrist of America: The life of Harry Stack Sullivan. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1982.

Perts, F. Gestaltherapy verbatim. California: Real People Press, 1969.

Petzold, E. Psychotherapeutische Geschichtspunkte bei Nachbehandlung von Patieiiten 'mit Herzinfarkt // Notabene Medici, 1976, 6, 14–18.

Phillips, J. S., & Bierman, K. L. Clinical psychology: Individual methods. In M. R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), Annual review of psychology (Vol. 32). Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, 1981.

Plocinska, M. Wybrana zagadnienia metodologiczrie dotyczace badania procesu rherapii rodzin / Psychotherapie, 1986, 4, 56–63.

Plummer, E., Thornton, J., Seeman, M., & *Littman, S.* Coping with schizophrenia: A group approach with relatives. Journal of Psychiatry Treatment and Evaluation, 1981, 3, 257–262.

Pohorecka, A. Diagnoza w procesie terapii rodzin // Psychoterapie, 1986, 1,17– 24. Private violence. Time, September 5, 1983, 18–29.

Prochaska, I., & *Prochaska, I.* Twentieth century trends in marriage and marital therapy. In T. I. Paolino, Jr. & B. S. McCrady (Eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives. New York: Brunner/Mazel, 1978.

*Rabkin, J. (*1972). Opinions about mental illness: A review of the literature. Psychological Bulletin, 77, 153–171.

Rapoport, R., & *Rapoport, R.* The dual–career family. Human Relations, 1969, 22, 3–30.

Reichelt-Nauseef, S., & *Hedder, C.* Beitrag der Familieiltherapie zur fruhzeitigen Hilfe for den Alkoholiker und seine Familie // Suchtgefahren, 1985. Ng 3I. S. 261 270.

Reindell, A., Petzold, E., Kummerer, W., & *Deter, C.* Psychotherapie bei Diabetes mellitates // Praxis Psychotherapie, 1976, 21, 139–143.

Reiss, D. E. Konstitutionelle Verstimmung und manisch — depressives Irresein // Z. Neurol. Prychiat., 1980, 2, 347–628.

Reiss, D. E., & *Oliveri M. E.* Family Paradigm arid Family Coping: A proposal for linking the Family's Intrinsic Adaptive Capacities to its Responses to Stress // Family Relations, 1980, 29, 431–444.

Reiss, D. The family's construction of reality. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1981.

Richter, H.-E. Eltern, Kind, Neurose. Hamburg: Reinbek, 1969.

Richter, H.-E. Patient Familie. Rowohit: Reinbek, 1970.

Ritchie, A. Multiple impact therapy: An experiment. In I. Haley (Ed.), Changing families: A family therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Robinson, L. R. Basic concepts in family therapy: A differential comparison with individual treatment. American journal of Psychiatry, 1975, 132, 1045–1054.

Rogers, C. H. Becaming partners: marriage and its alternatives. New York: Delacorte Press, 1972.

Rogers, C. H. Die Klientbezogene Gesparchs therapie. Miinchen: Carls, 1973.

Rose, C. Relatives'attitudes and mental hospitalization. Mental Hygeine, 1959, 43, 194–203.

Rosenberg, J. B. Structural family therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.

Rosenblatt, B. Historical perspective of treatment modes. In H. E. Rie (Ed.), Perspectives in child psychopathology. Chicago: Aldine–Atherton, 1971.

Rubenstein, D., & *Weiner, O. R.* Co-therapy teamwork relationships in family psychotherapy. In G. H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (Eds.), Family therapy and disturbed families. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1967.

Rubenstein, E. Childhood mental disease in America: A review of the literature before 1900. American Journal of Orthopsychiatry, 1948, 18, 314–32I.

Rudolf, G. Psychodunamische und psychopattiologische Aspekte der Diabetes mellitus // Z. Psychosom. Med. Psychoaiial. 1970, 16, 246–262.

Rueveni, U. Networking families in crisis. New York: Human Sciences Press, 1979.

Sager, C. J. The treatment of married couples. In S. Arieti (Ed.), American handbook of psychiatry (Vol. III). New York: Basic Books, 1966.

Sager, C. J., Brown, H. S., Crohn, H., Engel, T., Rodstein, E., & *Walker, L.* Treating the remarried family. New York: Brunner/Mazel, 1983.

Sakamoto, Y. (1969). A study of the attitude of Japanese families of schizophrenics toward their ill members. Psychotherapy and Psychosomatics, 17, 365–374.

Sander, F. M., & *Beels, C. C.* A didactic course for family therapy trainees. Family Process, 1970, 9, 411–423.

Satir, V. M. Conjoint family therapy (Rev. ed.). Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1967.

Satir, V. M. Peoplemaking. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1972.

Satir, V. M. The therapist and family therapy: Process model. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family counseling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.

Satir, V. M. The new peoplemaking. Science and behavior books, Inc., Mountain view, California, 1988. P. 400.

Satir, V. M., Stachowiak, I., & *Taschman, H. A.* Helping families to change. New York: Aronson, 1975.

Schechter, M. D., & *Lief, H. J.* Indication and Contraindications for Familv and Marital Therapy // Family psychotherapy. New York: Brunner/Mazei, 1980. P. 240–270.

Scheider, S. Another chance. Polo Alto: Science and Behavior Books. Inc. 1980.

Scholz, M. Videotechnik in der familienorientierten Therapie // Familientherapie und Familien forschung. Leipzig: S. Hirzel Verlag, 1980. S. 119–146.

Schultz, S. J. Family systems therapy: An integration. New York: Aronson, 1984.

Schwartz, C. (1957). Perspectives on deviance: Wives' definitions of their husbands' mental illness. Psychiatry, 20, 275–291.

Segal, L. Brief family therapy. In A. M. Horne & M. M. Ohlsen (Eds.), Family counseling and therapy. Itasca, Ill.: F. E. Peacock, 1982.

Selvini-Palazzoli, M. Self–starvation. New York: Aronson, 1978.

Selvini-Palazzoli, M. Why a long interval between sessions? The therapeutic control of the family–therapist suprasystem. In M. Andolfi & I. Zwerling (Eds.), Dimensions of family therapy. New York: Guilford Press, 1980.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & *Prata, G.* Hypothesizingcircularity neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. Family Process, 1980, 19, 3–12.

Shapiro, R. I. Problems in teaching family therapy. Professional Psychology, 1975, 6, 41–44.

Shapiro, R. L. The origin of adolescent disturbance in the family: Some considerations in theory and implications for therapy. In G. H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy (Eds.), Family therapy and disturbed families. Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1967.

Shean, G. Schizophrenia: An introduction to research and theory. Cambridge, Mass.: Winthrop, 1978.

Shifren-Levine, I., & *Spaniol, L.* The role of families of the severely mentally ill in the development of community support services. Psychosocial Rehabilitation journal, 1985, 8(4), 83–84.

Sifneos, P. E. The Prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients // Topics of Psychosomatic Research / Ed. by H. Freyberger. Basle: Karger, 1973.

Silverman, H. L. Psychological implications of marital therapy. In H. L. Silverman (Ed.), Marital therapy: Moral, sociological, and psychological factors. Springfield, Ill.: Charles C Thomas, 1972.

Simon, R. M. Sculpting the family. Family Process, 1972, 11, 49–57.

Singer, M. T., & *Wynne, L. C.* Principles of scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. Psychiatry, 1966, 29, 260–288.

Skynner, A. C. R. An open-systems, group-analytic approach to family therapy. in A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Skynner, A. C. R. Systems of family and marital psychotherapy. New York: Brunner/Mazel, 1976.

Skinner, B. F. Science and human behavior. New York: Macmillan, 1953.

Skolnick, A. S., & *Skolnick, J. H.* Introduction: Family in transition. In A. S. Skolnick & J. H. Skolnick (Eds.), Family in transition: Rethinking Marrage, sexuality, childrearing, and fa mily organization (2nd ed.). Boston: Little, Brown, 1977.

Slavson, S. R. A textbook in analytic group psychotherapy. New York: International Univer sities Press, 1964.

Sluzki, C. E. Marital therapy from a systems theory perspective. In T. I. Paolino & B. S. McCrady (Eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives. New York: Brunner/Mazel, 1978.

Sluzki, C. E. Treatment, training and research in family therapy. Paper presented at the Nathan W. Ackerman Memorial Conference, Cumana, Venezuela, February, 1974.

Sluzki, C. E., & *Ransom, D. C.* (Eds.). Double–bind: The foundation of the communicational approach to the family. New York: Grune & Stratton, 1976.

Smith, V. G., & *Nichols, W C.* Accreditation in marital and family therapy. Journal of Marital and Family Therapy, 1979, 5, 95–100.

Spaniel, L., Jung, H., Zipple, A. M., & *Fitzgerald, S.* (1984). Families as a central resource in the rehubilitation of the severely psychiatrically disabled: Report of a national survey (final report). Boston: Boston University, Center for Rehabilitation and Training in Mental Health.

Spaniel, L., Zipple, A. M., & *Fitzgerald, S.* (1984). How professionals can share power with families: A new approach to working with families of the mentally ill. Manuscript submitted for publication.

Speck, R. V., & *Attneave, C. L.* (1973). Family networks. New York: Pantheon.

Spiegel, I. P. The family: The channel of primary care. Hospital and Community

Spiegel, I. P. Transactions: The interplay between individual, family and society. New York: Science House, 1971.

Sporakowski, M. J., & *Staniszewski, W. P.* The regulation of marriage and family therapy: An update. Journal of Marital and Family Therapy, 1980, 6, 335–348.

Stanton, M. D. Strategic approaches to family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy. New York: Brunner/Mazel, 1981.

Stanton, M. D., Todd, T. C., & *Associates.* The family therapy of drug abuse and addiction. New York: Guilford Press, 1982.

Steinglass, P. Family therapy with alcoholics: A review. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), Family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardner Press, 1979.

Steinglass, P. The conceptualization of marriage from a systems theory perspective. In T. J. Paolino, Jr., & B. S. McCrady (Eds.), Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives. New York: Brunner/Mazel, 1978.

Stewart, A. J., & *Platt, M. B.* Studying women in a changing world: An introduction. Journal of Social Issues, 1982, 38, 1–16.

Stier, S., & *Goldenberg, I.* Training issues in family therapy. Journal of Marriage and Family Counseling, 1975, 1, 63–68.

Stierlin, H. Psychoanalysis and family therapy. New York: Aronson, 1977.

Stierlin, H. Separating parents and adolescents. New York: Quadrangle, 1972.

Strelnick, A. H. Multiple family group therapy: A review of the literature. Family Process, 1977, 16, 307–325.

Strupp, H. H. Psychotherapy and the modification of abnormal behavior. New York: McGraw-Hill, 1971.

Stuart, R. B. An operant–interpersonal program for couples. In D. H. L. Olson (Ed.), Treating relationships. Lake Mills, Iowa: Graphic, 1976.
Stuart, R. B. Helping couples change: A social learning approach to marital therapy. Champaign, Ill.: Research Press, 1980.
Stuart, R. B. Operant–interpersonal treatment for marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1969, 33, 675–682.
Sugarman, S. Family therapy training in selecting psychiatry residency programs. Family Process, 1981, 20, 147–154.
Sullivan, H. S. The interpersonal theory of psychiatry. New York: Norton, 1953.
Talbott, L. (1978). The death of the asylum. New York: Grune & Stratton.
Terkelsen, K. G. (1983). Schizophrenia and the family: 1I. Adverse effects of family therapy. Family Process, 22, 191–200.
Textor, M. R. An assessment of prominence in the family therapy field. journal of Marital and Family Therapy, 1983, 9, 317–320.
Thaxton, L., & L'Abate, L. The «second wave» and the second generation: Characteristics of new leaders in family therapy. Family Process, 1982, 21, 359–362.
Thibaut, I. W., & Kelley, H. H. The social psychology of groups. New York: Wiley, 1959.
Thompson, E., Doll, W., & Lefton, M. (1977, April). Some affective dimensions of familial coping with the mentally ill. Paper presented at the 54th Annual Meeting of the American Orthopsychiatric Association, New York.
Toman, W. Family constellation: Its effects on personality and social behavior. New York: Springer, 1961.
Trnka V. Deti a rozvody. Praha: Avicenum, 1974.
Ulrich, D. N. Contextual family and marital therapy. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.
Vaughn, C. E., & Leff, I. P. (1976). The influence of the family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal of Psychiatry, 129, 125–137.
Visher, J. S., & Visher, E. B. Stepfamilies and stepparenting. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.
Vroom, P. The anomalous profession: Some bumpy going for the divorce mediation movement. The Family Therapy Networker, 1983, 7(3), 38–42.
Vhiffen, R. The use of videotape in supervision. In R. Whiffen & J. Byng-Hall (Eds.), Family therapy supervision: Recent developments in practice. London: Academic Press, 1982.
Walrond-Skinner, S. Family therapy: The treatment of natural systems. London: Routledge & Kegan Paul, 1976.
Walsh, F. Conceptualizations of normal family functioning. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.
Warkentin, J., & Whitaker, C. A. The secret agenda of the therapist doing couples therapy. In G. H. Zuk and I. Boszormenyi-Nagy (Eds.), Family therapy and disturbed families. Palo Alto, CaliL: Science and Behavior Books, 1967.
Wasow, M. (1980). Professionals have hurt us–parents of schizophrenics speak out. Unpubli shed manuscript. (Available from M. Wasow, Mt. Sinai Medical Center, 950 N. 12th St., PO Box 342, Milwaukee, WI 53201.)
Wasow, M. (1982). Coping with schizophrenia: A survival manual for parents, relatives, and friends. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
Watson, I. B., & Rayner, R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 1920, 3, 1–14.
Watziawick, P. A structural family interview. Family Process, 1966, 5, 256–271.

Watzlawick, K. P., Beavin, J. B., Jackson, D. R. Pragmatics of Human Communication. A Study of International Patterns, Pathologies and Paradoxes. London; New York, 1974.

Watzlawick, P., & *Weakland, I. H.* (Eds.). The interactional view: Studies at the Mental Research Institute, 1965–1974. New York: Norton, 1977.

Watzlawick, P., Weakland, I., & *Fisch, R.* Change: Principles of problem formation and problem resolution. New York: Norton, 1974.

Waxler, N. The normality of deviance: An alternate explanation of schizophrenia in the family. Schizophrenia Bulletin, 1975, 14, 38–47.

Weakland, I. H. «Family somatics»: A neglected edge. Family Process, 1977, 16, 263– 272.

Weakland, J. H. Communication theory and clinical change. In P. I. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Weathers, L., & *Liberman, R. P.* The family contracting exercise. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1975, 6, 208–214.

Weeks, G. R., & *L'Abate, L.* Paradoxical psychotherapy: Theory and technique. New York: Brunner/Mazel, 1982.

Wellisch, D. K., Vincent, I., & *Roock, G. K.* Family therapy versus individual therapy: A study of adolescents and their parents. In D. H. L. Olson (Ed.), Treating relationships. Lake Mills, Iowa: Graphic, 1976.

Wells, R. A., & *Dezen, A. E.* The results of family therapy revisited: The nonbehavioral methods. Family Process, 1978, 17, 251–274.

Wells, R. A., Dilkes, T. C., & *Trivelli, N.* The results of family therapy: A critical review of the literature. Family Process, 1972, 11, 189–207.

Werner, R. Problemfamilien–Familienprobleme. Berlin: VEB, 1980.

Whitaker, C. A. A family is a four dimensional relationship. In P. I. Guerin, Jr. (Ed.), Family therapy: Theory and practice. New York: Gardner Press, 1976.

Whitaker, C. A. Comment: Live supervision in psychotherapy. Voices, 1976, 12, 24– 25.

Whitaker, C. A. Psychotherapy of the absurd: With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. Family Process, 1975, 14, 1–16.

Whitaker, C. A. The growing edge in techniques of family therapy. In I. Haley & L. Hoffman (Eds. Techniques of family therapy. New York: Basic Books, 1967.

Whitaker, C. A., & *Malone, T. P.* The roots of psychotherapy. New York: Blakiston, 1953.

Whitaker, C. A., & *Miller, M. H.* A re-evaluation of «psychiatric help» when divorce impends. American Journal of Psychiatry, 1969, 126, 57–64.

White, S. L. Family theory according to the Cambridge Model. Journal of Marriage and Family Counseling, 1978, 4, 91–100.

Williez, V. T. Familientherapie bei Alcoholizmus, ein Zeitfaden fiir Literatursichtting // Sucht gefahren, 1985, 31, S. 71–75.

Wynne, L. C. (1978). Family relationships and communications. Concluding comments. In L. C. Wynne, R. M. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.). The nature of schizophrenia (pp. 534– 541). New York: Wiley.

Wynne, L. C. Family research and family therapy: A reunion-journal of Marital and Family Therapy, 1983, 9, 113–117.

Wynne, L. C. Some guidelines for exploratory conjoint family therapy. In J. Haley (Ed.), Changing families: A family therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Wynne, L. C. Some indications and contraindications for exploratory family therapy. In I. Boszormenyi-Nagy & J. L. Framo (Eds.). Intensive family therapy: Theoretical and prac tical aspects. New York: Harper & Row, 1965.

Wynne, L. C. The study of intrafamilial splits and alignments in exploratory family therapy. In N. W. Ackerman (Ed.), Exploring the base for family therapy. New York: Family Service Association of America, 1961.

Wynne, L. C., & *Singer, M.* Thought disorder and family relations of schizophrenics, I and II. Archives of General Psychiatry, 1963, 9, 191–206.

Wynne, L. C., Jones, J. E., & *Al-Khayyal, M.* Healthy family communication patterns: Obser vations in families ‘at risk» for psychopathology. In F. Walsh (Ed.), Normal family processes. New York: Guilford Press, 1982.

Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J., & *Hirsch, S. I.* Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics. Psychiatry, 1958, 21, 205–220.

Wolman, B. B., & *Stricker, G.* (Eds.). Handbook of family and marital therapy. New York: Plenum, 1983.

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, CaliL: Stanford University Press, 1958.

Zeig, J. K. (Ed.). A teaching seminar with Milton H. Erickson. New York: Brunner/Mazel, 1980.

Ziegler-Driscoll, G. The similarities in families of drug dependents and alcoholics. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.), Family therapy of drug and alcohol abuse. New York: Gardner Press, 1979.

Zimmerman, I., & *Sims, D.* Family therapy. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology. New York: Wiley, 1983.

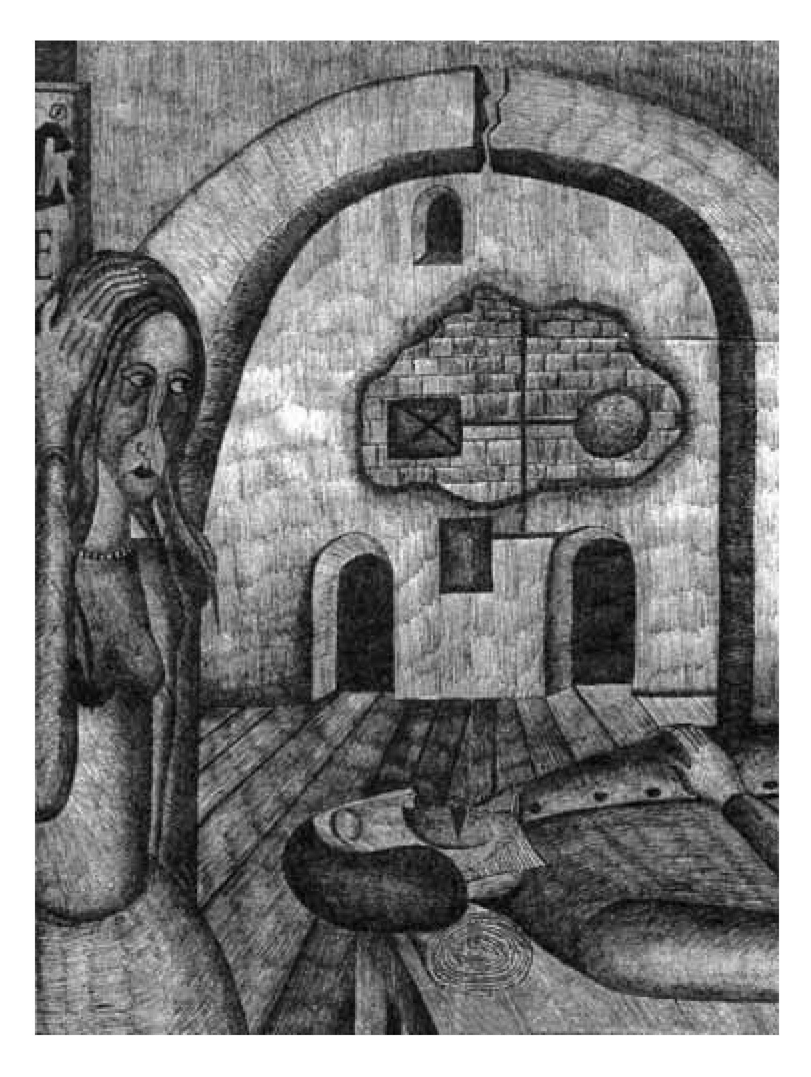
Zuk, G. H. Family therapy. In I. Haley (Ed.), Changing families: A family therapy reader. New York: Grune & Stratton, 1971.

Zuk, G. H. Family therapy: A triadic based approach (Rev. ed.). New York: Human Sciences Press, 1981.

Zuk, G. H. Family therapy: Clinical hodgepodge or clinical science-journal of Marriage and Family Counseling, 1976, 2, 299–303.

Zuk, G. H., & *Boszormenyi-Nagy, I.* (Eds.). Family therapy and disturbed families. Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1967.

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ



Завершение жизненного цикла семьи. Смерть супруга

Р

С

Т

У

Ф

Э

Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис

Психология и психотерапия семьи

4-е издание,
переработанное и дополненное

Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Ведущий редактор	*Е. Цветкова*
Выпускающий редактор	*И. Смарышева*
Научный редактор	*Н. Александрова*
Литературный редактор	*А. Тарабукина*
Художник	*К. Радзевич*
Корректор	*Н. Викторова*
Верстка	*И. Смарышева*

ООО «Питер Пресс», 198206, Санкт-Петербург,
Петергофское шоссе, д. 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции
ОК 005-93, том 2; 95 3005 — литература учебная.

Подписано в печать 30.11.07. Формат $70 \times 100/_{16}$.
Усл. п. л. 52,89. Тираж 2500. Заказ 0000

Отпечатано по технологии CtP
в ОАО «Печатный двор» им. А. М. Горького.
197110, Санкт-Петербург, Чкаловский пр., 15.

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

(заведующий кафедрой — доктор медицинских наук профессор Э. Г. Эйдемиллер)

приглашает врачей-психиатров, психотерапевтов, наркологов, валеологов, семейных врачей, клинических психологов, психологов детских учреждений пройти обучение на циклах тематического усовершенствования

Э. Г. Эйдемиллер – один из основателей семейной психотерапии в России.

Кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии – лидер в области семейной и аналитически ориентированной групповой и индивидуальной психотерапии.

Сотрудники кафедры – авторы оригинальных моделей аналитико-системной семейной психотерапии, гештальт-терапии, когнитивно-поведенческой психотерапии и психологического консультирования детей, подростков и взрослых.

В 2008 году:

1. **№ 804 Медицинская (клиническая) перинатальная психология и психотерапия** (для психотерапевтов, психиатров, акушеров-гинекологов, неврологов, валеологов, семейных врачей, медицинских психологов, психологов учреждений родовспоможения и детства, специалистов по социальной работе). 15.01. — 14.02.08 (216 часов).
2. **№ 805 Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация.** Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психиатрия» (для психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 18.02. — 11.03.08 (144 часа).
3. **№ 806 Психотерапия детей, подростков и взрослых.** Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психотерапия» (для психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 19.03. — 08.04.08 (144 часа.)
4. **№ 807 «Психотерапия»** Профессиональная переподготовка по специальности «Психотерапия» (для врачей-психиатров, имеющих сертификат по специальности «Психиатрия», работающих с разными возрастными контингентами – детьми, подростками и взрослыми). 24.03. — 06.06.08 (504 часа).
5. **№ 808 Семейная психотерапия** (для врачей-психотерапевтов, психиатров, валеологов, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений). 24.04. — 06.06.08 (288 часов).
6. **№ 809 Аналитическая психодрама и гештальт-терапия у детей, подростков и взрослых** (для врачей-психотерапевтов, психиатров, валеологов, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений). *Вечерний, хозрасчетный цикл.* 12.05. — 24.05.08 (72 часа).
7. **№ 810 Детская и подростковая психиатрия: клиника, диагностика, лечение и реабилитация.** Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психиатрия» (для психиатров, психотерапев-

тов, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 10.09. — 30.09.08 (144 часа).

8. **№ 811 Психотерапия детей, подростков и взрослых.** Подготовка и прием экзамена на подтверждение сертификата специалиста по специальности «Психотерапия» (для психотерапевтов, психиатров, психиатров-наркологов, работающих с разными возрастными категориями). 13.10. — 01.11.08 (144 часа).
9. **№ 812 Медицинская (клиническая) психология и психотерапия семьи и детства** (для психиатров-интернов, клинических ординаторов, психотерапевтов, психиатров, валеологов, семейных врачей, медицинских психологов, психологов детских учреждений и центров оказания помощи семье и детству). 10.11. — 10.12.08 (216 часов).

По окончании обучения выдается удостоверение государственного образца. Специалисты учреждений здравоохранения России принимаются на обучение бесплатно при наличии заранее посланной заявки. Специалисты учреждений другого подчинения и частных структур обучаются на платной основе за наличный и безналичный расчет по расценкам СПбМАПО.

Кафедра проводит обучение в интернатуре и клинической ординатуре с выдачей сертификатов специалистов по специальностям «Психиатрия» и «Психотерапия», в очной и заочной аспирантуре по специальностям 19.00.04 «Медицинская психология», 14.00.18 «Психиатрия».

Сотрудники кафедры проводят выездные семинары и циклы по тематике стационарных циклов и по нижеследующей:

1. «Современные формы супервизии и балинтовских групп: совершенствование профессиональных качеств психотерапевта» — 72 часа.
2. «Аналитическая психодрама у детей, подростков и взрослых» — 72 часа.
3. «Групповая и семейная психотерапия» — 72 часа.
4. «Психология и психотерапия семьи» —144 часа.
5. «Возрастные аспекты психиатрии и психотерапии» — 144 часа.
6. «Перинатальная психология и психотерапия» — 72 часа.
7. «Игровая психотерапия» — 72 часа.
8. «Танцевальная терапия» — 144 часа, 72 часа.
9. «Гештальт-терапия детей, подростков и взрослых» — 72 часа
10. «Психотерапия супружества и развода» — 72 часа, 36 часов.

Возможно проведение циклов и по другой интересующей специалистов тематике.

Наши координаты: 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41, СПбМАПО, Учебное управление: тел./факс 272-63-43; Заневский пр., д. 1, кафедра детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: тел. 337-50-11.

e-mail: eidemiller_mapo@mail.ru

Телефоны для информации: ассистент кафедры Александрова Нина Викторовна: тел. 559-34-75 (звонить с 21 часа до 23 часов); старший лаборант кафедры Коломиец Ирина Леонидовна: тел. +7(921) 753-77-57, 8(901) 308-77-73,
e-mail: kolirina2006@yandex.ru